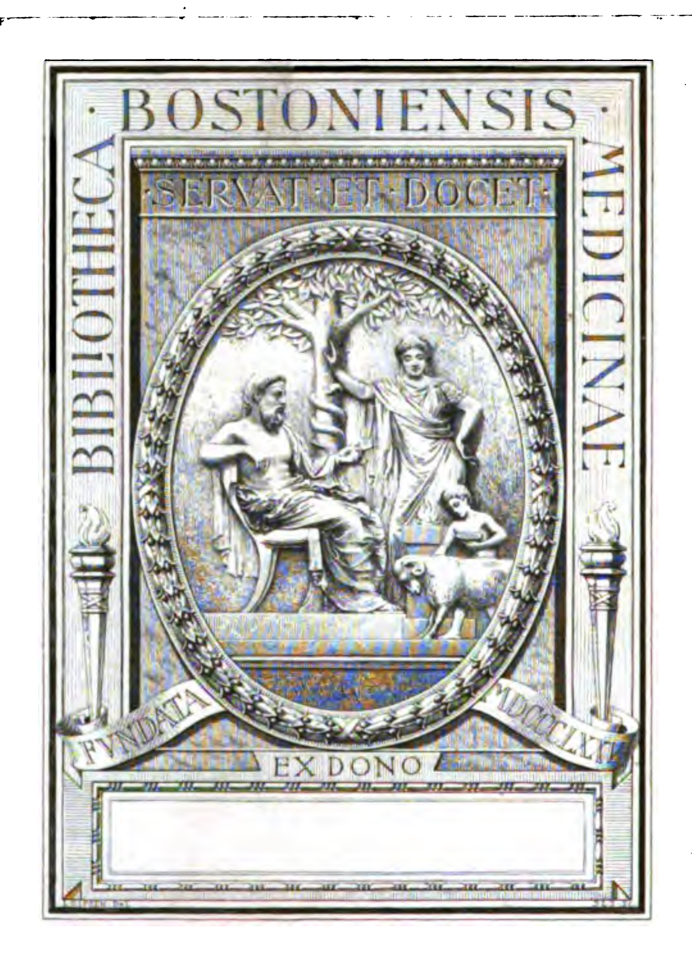
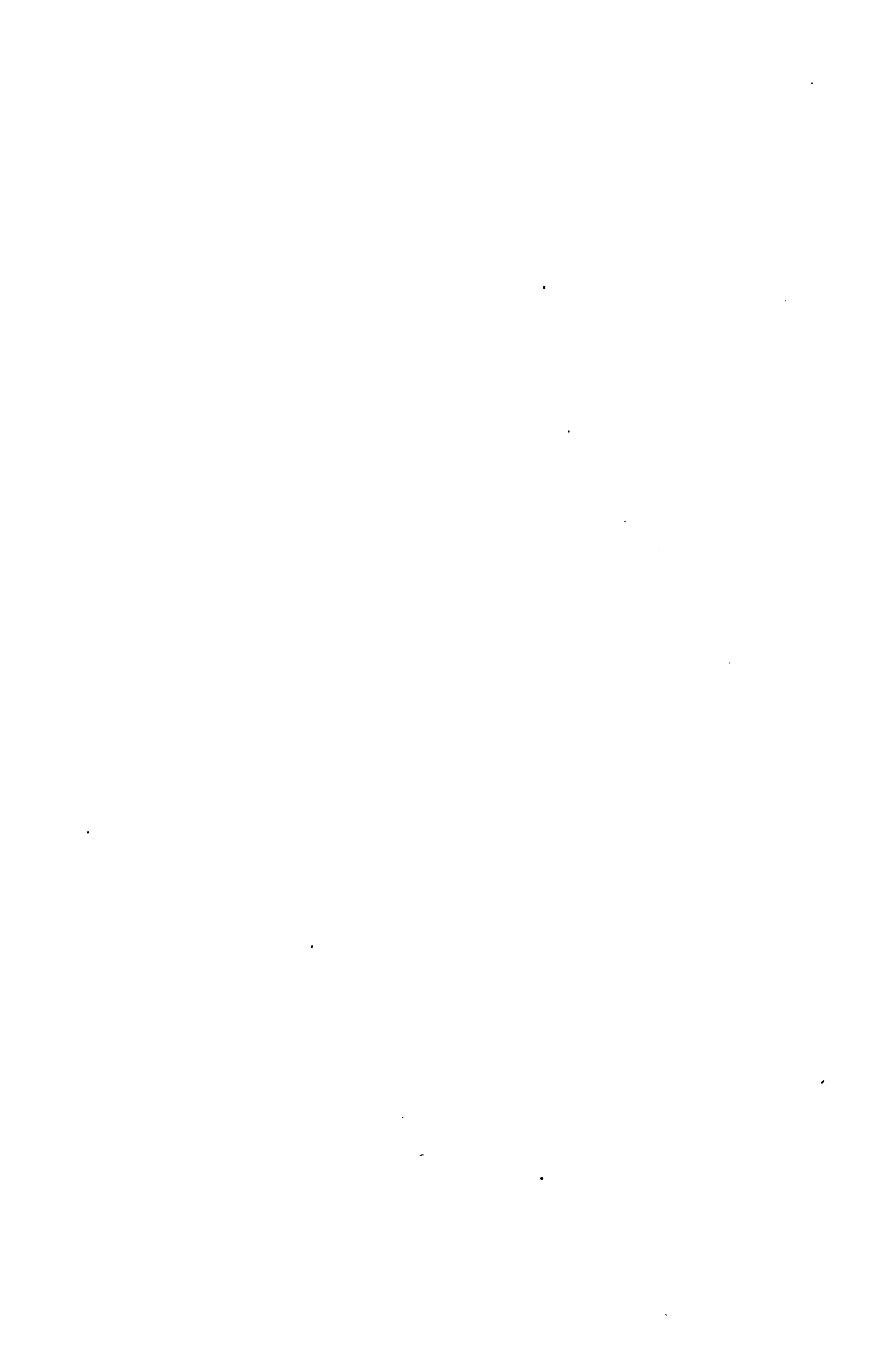

BIBLIOTHECA · BOSTONIENSIS · MEDICINAE
SERVAT · ET · DOCET
FVNDATA
MDCCCLXXV
EX DONO





Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreißigster Jahrgang.

Leipzig,
Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel.
1905.

Originalmitteilungen.

Namenverzeichnis.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmitteilungen. Die kurrentgedruckten beziehen sich auf die Beilage zu Nr. 30, welche den Bericht über den XXXIV. deutschen Chirurgen-Kongreß enthält.)

Sachverzeichnis.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmitteilungen. Die kurrentgedruckten beziehen sich auf die Beilage zu Nr. 30, welche den Bericht über den XXXIV. deutschen Chirurgen-Kongreß enthält.)



Zentralblatt

CHIRURGIE



8934

herausgegeben

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 1. Sonnabend, den 7. Januar. 1905.

An Herrn Geheimen Medizinalrat Professor Dr. E. Richter, *Breslau.*

Hochverehrter Herr Kollege!

Wir können den Tag, an welchem Sie vor jetzt 25 Jahren die Redaktion des Zentralblatts für Chirurgie übernahmen, nicht ohne dankbare Erwähnung dessen, was Sie in dieser Zeit für das Blatt und damit für die Chirurgie getan haben, vorübergehen lassen.

Wenn auch bei der Übernahme des Blattes neben Ihnen Richard Volkmann und Franz König und in der Folge nach Volkmanns Tode noch Ernst von Bergmann die Verantwortung für dasselbe übernahmen und ab und zu in das Räderwerk der Maschine eingegriffen haben, so waren solche Eingriffe einmalige, vorübergehende und mühelose Leistungen, während Sie unermüdlich und dauernd für das Werk gearbeitet haben. Sie haben dasselbe durch die Sammlung sämtlicher, auch der internationalen Literatur, welche Sie teils persönlich in ausgezeichneter Weise referierten, während Sie mit großem Geschick in der Wahl sachverständiger Referenten vorgingen, zu einer Fundgrube für alles, was in der verflossenen Zeit in der chirurgischen Kunst und Wissenschaft, sowie in den ihnen verwandten Disziplinen geschaffen wurde, gemacht. Das Zentralblatt für Chirurgie ist für uns deutsche Chirurgen, aber auch für die Chirurgen andrer Nationen zu einem Hilfsmittel geworden für alle, welche sich in der Richtung chirurgischer Kunst und Wissenschaft, wie sie im Laufe der Jahre erwächst, belehren wollen. Niemand weiß das besser als die, welche bestrebt sind, die Leistungen des Zeitabschnittes in Lehre umzusetzen. Sie finden darin direkte Mitteilung und den Hinweis auf die Quellen, aus welchen die Mitteilung geschöpft wurde. Aber auch der Fachchirurg und der Arzt kann des Werkes nicht entbehren, wenn er sich über bestimmte Fragen wissenschaftlich orientieren will.

Daß die deutsche Literatur ein solches Hilfsmittel hat, das danken wir Ihnen. Aus vollem Herzen wünschen wir, daß Sie noch lange unserm Zentralblatt erhalten bleiben, damit dasselbe auch in der Folge das bleibe, was es bis jetzt gewesen ist.

König. E. v. Bergmann.

I.

Zur Sauerstoff-Chloroformnarkose.

Aufforderung zu einer Statistik.

Von

Dr. Roth,

Oberarzt am Allgemeinen Krankenhause zu Lübeck.

Die Frage, ob das Blut des gesunden Menschen unter erhöhter Sauerstoffzufuhr einer größeren Oxydation fähig ist, ist auch heute noch nicht endgültig entschieden. Noch mehr umstritten ist die Frage nach dem Werte der Sauerstoffzuführung bei pathologischen Zuständen, seien sie durch Dyspnoe oder Intoxikationen verursacht. Auf der einen Seite herrscht ein großer Enthusiasmus, auf der anderen ein ebenso ablehnender Skeptizismus. Weder der eine noch der andere Standpunkt erscheint vor der Hand berechtigt, und die bisherigen Erfolge fordern dazu auf, weitere Versuche anzustellen über den Wert der Sauerstoffbehandlung bei verschiedenen Arten der Erkrankungen und Vergiftungen unter Berücksichtigung der verschiedenen Möglichkeiten der Zuführung des Gases. Wie es durch anhaltende Zuführung reinen Sauerstoffs durch die Luftwege nach einfachem Flüssigkeitsersatze des entzogenen Blutes oder durch Einspritzung einer mit Sauerstoff gesättigten Kochsalzlösung, unterstützt durch lange fortgesetzte

Einatmung reinen Sauerstoffs, möglich ist, den kritischen Zeitpunkt nach der Verblutung zu überwinden und das Leben so lange hin zu halten, bis die zur dauernden Rettung notwendige Blutregeneration stattgefunden hat, hat Küttner durch das Experiment bewiesen und uns auf dem Chirurgenkongreß 1903 berichtet. Diese Versuche Küttner's sind gewiß von großer praktischer Bedeutung und gegebenenfalls zu verwerten.

Von größter Wichtigkeit muß es nun aber dem Chirurgen sein zu wissen, ob er in dem Sauerstoffe bei der Narkose, die er täglich vornimmt, ein Mittel besitzt, welches diese ungefährlicher zu gestalten vermag. Bekanntlich ist die gleichzeitige Darreichung von Sauerstoff und Chloroform schon älteren Datums; aber obgleich alle, die dieselbe angewendet haben, sehr entzückt davon waren, hat die Methode doch nie rechte Verbreitung gefunden. Das lag offenbar daran, daß es an einem zuverlässig arbeitenden und handlichen Apparate fehlte. Auch der von Wohlgemuth auf dem Chirurgenkongreß 1901 demonstrierte Apparat konnte wegen mancher Mängel keinen rechten Eingang finden; es hat Wohlgemuth offenbar — wie häufig dem Arzte — an guten technischen Mitarbeitern gefehlt, die der Schreiber dieser Zeilen in den Herren Dräger, Vater und Sohn, gefunden hat, die ebensoviel wissenschaftliches Verständnis als technisches Können in sich vereinigten.

Erst als ein zuverlässig arbeitender und leicht zu handhabender Apparat vorhanden war, hat die Sauerstoff-Chloroform- resp. Sauerstoff-Chloroform-Äther-Narkose (Krönig) ausgedehntere und dauernde Anwendung gefunden.

Die Literatur über die Sauerstoffnarkose mit dem Apparate Dr. Roth-Dräger ist denn auch in den letzten Jahren eine recht große bereits geworden, und die Methode hat sich viele Freunde erworben. Die anfangs gefürchtete und auf Grund von nicht einwandsfreien Versuchen (Michaelis, Falk) behauptete Zersetzung des Chloroforms findet nicht statt; es war diese Frage selbstverständlich schon vor meiner Demonstration auf dem Chirurgenkongreß 1902 sorgfältig von mir geprüft worden[1]; Kümmell, Müller, Hahn u. A. haben durch ihre Untersuchungen bestätigt, daß eine Zersetzung nicht stattfindet. Alle, welche die Sauerstoff-Chloroformnarkose mit dem Apparate ausgeführt haben, sprechen sich ohne Ausnahme sehr günstig aus, viele haben die feste Überzeugung gewonnen, daß die Gefahr der Narkose durch die Methode herabgesetzt wird. So konstatiert in letzter Zeit Oertel[2] auf Grund eingehender Versuche in der Kieler Klinik die Tatsache, »daß die Sauerstoff-Chloroformnarkose eine erheblich größere Sicherheit gegenüber der gewöhnlichen Narkose gewährt«. Kehr sagt in seinem neuesten Berichte[3] über seine Gallensteinlaparotomien folgendes: »Seitdem die Sauerstoff-Chloroformnarkose in

[1] Deutsche med. Wochenschrift 1903. p. 168.
[2] Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIV.
[3] München, J. F. Lehmann, 1904.

meiner Klinik zur Anwendung gekommen ist, hat die Narkose ihre Schrecken verloren. Kein Pat. ist mehr cyanotisch geworden, bei keinem war es notwendig, die Zunge längere Zeit vorzuziehen, keine einzige Störung hat den glatten Gang der Operation aufgehalten.«

Kehr erkennt einen hervorragenden Anteil an den guten Erfolgen seiner Operationen der Sauerstoff-Chloroformnarkose zu und sagt von dem Apparate: »er nimmt manche Sorge und schafft viele Vorteile«. In Frankreich haben Laborde und Guglielminetti Tierversuche mit dem Apparate angestellt, und mit ihnen haben am Operationstische dann Lucas-Championnière, Pozzi, Kirmisson u. a. die günstigsten Erfahrungen gemacht.

Somit sind die Erfolge, welche man in der Praxis mit der Sauerstoff-Chloroformnarkose erzielt hat, so gute, daß sie auch ein allgemeines Interesse beanspruchen dürfen.

Sicherlich ist ein Teil der Vorzüge der Methode auf Rechnung der genauen und in bekannten Größen zu variierenden Dosierbarkeit des Narkosemittels zu setzen. Daß aber der Sauerstoff nicht nur die Rolle eines Verdünnungs- und Transportmittels des Narkotikums, sondern eines Antidots des Chloroforms bildet, möchte ich auf Grund meiner Vergleiche der Sauerstoff-Chloroformnarkose mit solchen, in welchen ich komprimierte Luft verwendete, annehmen. Experimentelle Untersuchungen müssen die Frage entscheiden, und ich hoffe später darüber berichten zu können. Heute sollten wir aber schon versuchen, auch auf dem Wege der Statistik zu entscheiden, ob die Sauerstoff-Chloroformnarkose der gewöhnlichen Tropfmethode oder einer anderen Art der Narkose überlegen ist.

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie hat jahrelang eine Narkosenstatistik aufstellen lassen, und wir besitzen in jenen Zahlen wertvolle Anhaltspunkte zum Vergleich. Die große Anzahl der gelieferten und in Gebrauch befindlichen Apparate läßt erwarten, daß schon bis Ende 1904 ein genügendes Material für den Anfang einer Statistik vorliegt. Für diejenigen, welche genaue Aufzeichnungen nicht gemacht haben, bilden diese Zeilen vielleicht die Anregung, solche in Zukunft vorzunehmen. Sehr bewährt hat sich mir ein Papierabreißblock, welcher auf dem Tische eines jeden Apparates liegt und folgende Rubriken zur Ausfüllung vorgedruckt enthält:

Datum:

Name: Alter:

Geschlecht:

Beginn des Chloroformierens:
Anfang der Narkose:
Ende der Narkose:
Pulszahl:
Atmung:
Erbrechen:
Chloroformverbrauch:
Morphiumeinspritzung:

Ich verzichte darauf, hier die Resultate meiner 2000 registrierten, ohne die geringste Störung verlaufenen Sauerstoff-Chloroformnarkosen zu veröffentlichen, da solche Zahlen eines Einzelnen nicht ausreichen für eine Statistik. Nur große Zahlen können hier nützen. Im Interesse der Sache ergeht daher an Alle, welche zur Sauerstoff-Chloroform- oder -Chloroform-Äthernarkose einen Beitrag liefern können in Form von zahlenmäßigen Belegen oder eingehenderen Beobachtungen, die Bitte, dieses Material zur Verfügung zu stellen. Da Einzelveröffentlichungen einmal die Übersichtlichkeit erschweren und andererseits manche kleineren Statistiken vielleicht nicht veröffentlicht werden würden, so ist Verfasser bereit, etwa an ihn eingesandtes Material zu ordnen, und übersichtlich zu publizieren.

Der 31. Dezember 1904 würde also den ersten Abschnitt bilden und dieser alle von Anbeginn bis dahin gemachten Sauerstoff-Mischnarkosen und diesbezügliche Beobachtungen umfassen.

II.

Zur Frage der „Holzphlegmone“ (Phlégmone ligneuse du cou Reclus).

Eine Erwiderung.

Von

Dr. **A. Schmincke** in Würzburg.

Im Anfange vorigen Jahres legten wir in zwei Veröffentlichungen[1] einen hier beobachteten Fall von sog. Holzphlegmone (Phlégmone ligneuse du cou Reclus) nieder, bei dem die Sektion und pathologisch-histologische Untersuchung das überraschende Bild einer krebsigen Erkrankung (Cancroid) ergab. Wir zogen damals aus unserem Fall und auf Grund des bis dahin als einzigsten erhobenen Sektionsbefundes den Schluß, vorläufig die Auffassung der Holzphlegmone als chronisch entzündlichen Prozeß fallen zu lassen und sie vorläufig als diffus krebsige Erkrankung der Haut anzusprechen. Nun gibt Herr Dr. Merkel in einer in Nr. 48 1904 des Zentralbl. für Chirurgie erschienenen Arbeit einen neuen Fall von Holzphlegmone bekannt und schildert auf Grund eines probeexzidierten Stückchens den histologischen Befund; die mikroskopischen Schnitte »ergaben reichliches, fast narbiges Bindegewebe mit entzündlicher Infiltration, wobei die Zellen teils lymphocytären, teils leukocytären Charakter zeigten«. Im Hinblick auf seinen Befund betont er als das Wesen der Holzphlgmone einen chronisch phlegmonösen Prozeß. Herr Dr. Merkel erhebt zu-

---

[1] Schmincke, Mitteilung eines Falles von sog. »Holzphlegmone«. Sitzungsberichte der physikalisch-medizinischen Gesellschaft zu Würzburg 1904.

H. Lang, Ein weiterer Fall von sog. »Holzphlegmone«. Inaug.-Diss., Würzburg 1904.

gleich gegen uns den Vorwurf einer mit Unrecht gemachten Verallgemeinerung unseres Falles und nimmt Stellung gegen die Auffassung des Wesens der Holzphlegmone als eines malign neoplastischen Prozesses, indem er als charakteristisch für die Holzphlegmone gerade die Benignität des definitiven Ausganges bezeichnet; er geht so weit, in unserem Falle die Berechtigung der klinisch gestellten Diagnose »Holzphlegmone« anzuzweifeln.

Wir konstatieren demgegenüber, daß von einer ganzen Reihe hervorragender klinischer Beobachter die Übereinstimmung unseres Falles mit dem von Reclus als charakteristisch aufgestelltem Symptomenbild beobachtet wurde, daß niemand bei dem nicht im geringsten weiter in Mitleidenschaft gezogenen Allgemeinbefinden des Pat. an die Möglichkeit eines malignen Tumors auch nur im entferntesten dachte, und daß klinische Beobachter wie Obduzent durch den histologischen Befund in gleicher Weise überrascht waren. Der Tod erfolgte in unserem Falle sicher nicht, das ging aus der Obduktion klar hervor, infolge der karzinomatösen Erkrankung.

Wir hielten uns danach wohl berechtigt, diesen eigenartigen Fall durch Niederlegung in der Literatur zur Kenntnis weiterer Kreise zu bringen und, gestützt auf den eindeutigen Sektionsbefund im Vergleich zum klinischen Krankheitsbild, vor der prognostisch günstigen Auffassung der Holzphlegmone zu warnen und »vorläufig als das Wesen der Holzphlegmone ein Cancroid zu betrachten, das allerdings in derartiger Ausdehnung und diffusen Infiltration sowohl klinisch wie anatomisch merkwürdig dasteht«. Wir betonten am Schlusse unserer Ausführungen, daß es von weiteren Beobachtungen und histologischen Untersuchungen derartiger Krankheitsfälle abhängig sein werde, ob dieser Standpunkt auch weiterhin aufrecht erhalten werden könne.

Herr Dr. Merkel ist den Weg gegangen, der im einzelnen Fall als der einzig richtige anzusehen ist; Exzision eines Probestückchens und mikroskopische Untersuchung desselben. Er hat in seinem Falle zweifellos so Recht, von einem chronisch entzündlichen Prozeß zu reden, wie wir in unserem von einem Cancroid.

Wir kommen zu dem Schlusse: Wenn es möglich ist, daß bei zweifellosen unter dem klinischen Bilde der Holzphlegmone verlaufenden Fällen pathologisch-anatomisch ein Karzinom gefunden wird, bei anderen wieder ein chronisch phlegmonöser Prozeß, und es nur von Fall zu Fall entschieden werden kann auf Grund der histologischen Analyse, ob maligner Tumor oder entzündliche Infiltration, besteht dann überhaupt eine derartige scharfe und bestimmte Abgrenzung eines klinischen Krankheitsbildes, dem histologisch ganz verschiedene Prozesse zugrunde liegen können, zu Recht? mit anderen Worten: der Ausdruck Holzphlegmone ist wohl am Platze, wenn man eine klinisch in Erscheinung tretende bretthartе Infiltration gewisser Hautbezirke bezeichnen will; von dem klinischen Krankheitsbild auf den der Veränderung zugrunde liegenden Prozeß ohne weiteres einen Rückschluß zu ziehen, ist nicht angängig.

Einzig beweisend ist dann nur — und hierin geben wir Herrn Dr. Merkel Recht — der endliche Ausgang. Tritt definitive Heilung ein, dann handelte es sich um eine Phlegmone, deren Hauptsymptome in der Chronizität und der holzharten Infiltration bestanden. Steht die histologische Untersuchung aus, muß während der ganzen Dauer der Erkrankung die Möglichkeit eines malignen Tumors im Auge behalten werden.

---

1) **W. Kolle** und **A. Wassermann.** Handbuch der pathogenen Mikroorganismen. Lief. 21—25.

Jena, **Gustav Fischer,** 1904.

Mit dem vorliegenden Hefte schließt der vierte Band und damit das gesamte Werk. Die im letzten Hefte begonnene Darstellung der Immunitätslehre findet eine Ergänzung durch folgende Aufsätze: Friedländer, Die bakteriziden Sera; Dönitz, Wertbemessung der Schutz- und Heilsera; Kraus, Über spezifische Niederschläge (Präzipitine); Paltauf, Die Agglutination und Morgenroth, Die Vererbungsfrage in der Immunitätslehre. An diese mehr allgemeine Darstellung schließt sich eine spezielle Darstellung der Lehre von der Immunität bei den einzelnen Infektionskrankheiten, wobei auch der Serumdiagnostik und Therapie insbesondere gedacht wird.

Zum Schluß sei nochmals besonders hervorgehoben, daß das große, durchaus originell angelegte Werk wie selten eines geeignet erscheint, sich die Sympathien der betreffenden Fachgenossen zu erwerben und stets dem praktisch arbeitenden Bakteriologen ein willkommenes Nachschlagebuch abgeben wird. Ein Hauptwert des Buches liegt in den vorzüglichen, dem Texte beigegebenen Abbildungen, unter denen die Lettrow'schen Mikrophotogramme den ersten Platz einnehmen.

Silberberg (Breslau).

---

2) **Miyake.** Experimentelle Studien zur Steigerung der Widerstandsfähigkeit der Gewebe gegen Infektion.

(Mitteilungen aus d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4 u. 5.)

Auf Anregung von v. Mikulicz stellte M. Studien an über die Möglichkeit, den tierischen Körper, und vor allem das Bauchfell, gegen Infektionen so widerstandsfähig zu machen, daß eine Infektion überwunden würde. Zwei Wege stehen dazu offen. Entweder man immunisiert die Tiere durch spezifische Sera; allein die wesentlich in Betracht kommenden Infektionserreger für unsere Wunden, das Bakterium coli, der Staphylokokkus pyogenes aureus und der Streptokokkus, kommen in zahlreichen Varietäten vor und bewirken oft miteinander kombiniert die Infektion, daß man zu ihrer Bekämpfung ein »polyvalentes« Serum haben müßte. Versuche von zahlreichen Autoren in dieser Richtung sind bisher ohne Erfolg gewesen. Der zweite Weg ist der, daß man eine künstliche Steigerung der Leukocyten

erzeugt, damit man, sei es durch Phagocytose, sei es durch die von den Leukocyten erzeugten Alexine, der Infektionserreger Herr werde. Diesen Weg schlug M. ein und gibt in vorliegender Arbeit die eingehende Beschreibung seiner Versuche, welche v. Mikulicz in seinem Vortrag auf dem diesjährigen Chirurgenkongreß (s. Zentralblatt 1904, Beilage zu Nr. 27) schon gestreift hat. Zuerst wurde in Vorversuchen festgestellt, welche Mittel dazu am besten geeignet, und ob dieselben ungefährlich wären. Von physiologischer Kochsalzlösung, neutraler Bouillon, Aleuronataufschwemmung, Hefenukleinsäure erwies sich bei intraperitonealer Injektion die letztere am wirksamsten: die Leukocytenzahl in der Bauchhöhle stieg fast um das Achtfache. Auch bei subkutaner Injektion der Nukleinsäure stieg die Leukocytenzahl in der Bauchhöhle wie im Blut, aber in geringerem Maße. Es wurde nun die Dosis letalis minima des Bakterium coli für die Versuchstiere bestimmt. Die Nukleinsäure, am besten 7 Stunden vor der Koliinfektion intraperitoneal injiziert, steigerte die Widerstandskraft des Bauchfells in hohem Maße; denn jetzt wurde die 16fache Dosis der Kolibakterien vertragen, ohne daß die Tiere starben. Auch bei subkutaner Injektion bekam man fast das gleiche Resultat. Ein Versuch intraperitonealer Injektion beim Menschen verlief gut, zeigte jedenfalls die Ungefährlichkeit der Methode. Allein das Verfahren ist beim Menschen vor einer Laparotomie nicht einfach genug, da das Einbringen der Nukleinsäure selbst eine kleine Laparotomie erfordert; die subkutane Injektion ist hier vorzuziehen. Gegen eine Mischinfektion von Bakterium coli, Streptokokkus und Staphylokokkus aureus ließ sich die Widerstandskraft des Bauchfells nur um das 16fache erhöhen. Besonders erwähnenswert sind die Versuche darüber, ob die Vorbehandlung mit Nukleinsäure gegen die Infektion der Bauchhöhle mit Darminhalt schützt; alle mit Nukleinsäure vorbehandelten Tiere blieben am Leben, während fast alle Kontrolltiere starben. Ferner ergaben die Versuche, daß eine schon ausgebrochene leichte Peritonitis im allerersten Anfang durch Injektion von Nukleinsäure zu kupieren ist. Endlich untersuchte M., wie weit die durch Nukleinsäure erzeugte Hyperleukocytose imstande ist, gegen eine Allgemeininfektion — erzeugt durch Streptokokkeninjektion unter die Rückenhaut — zu wirken; es ergab sich, daß die Hyperleukocytose gegen hochvirulente Bakterien unwirksam ist.

Haeckel (Stettin).

---

3) **Nägele.** Zur Kenntnis der Ursachen der Verbreitung des Karzinoms.

(Med. Korrespondenzblatt des würtemberg. ärztl. Landesvereins 1904. Oktober 22.)

Verf. hat nach amtlichen Quellen die Krebstodesfälle in den Oberämtern Böblingen und Riedlingen (1892—1901, bezw. 1883—1902) zusammengestellt und kommt unter Berücksichtigung der Boden- und Wasserverhältnisse vermutungsweise zu folgenden Sätzen: Das Karzinom kommt anscheinend in den an Flüssen gelegenen Orten häufiger dort vor, wo der Fluß die ungereinigten Abwässer mehrerer, insbesondere

größerer Orte mit sich führt; Orte, oberhalb welcher sich mehrere Wasserläufe vereinigen, scheinen bevorzugt zu sein. Orte, die ganz abseits von Flüssen liegen, sind zum größeren Teile ganz oder fast frei von Krebs; nur wenige werden — und dann stark befallen. Gerade dort, wo die Verunreinigung der Flüsse durch Abwässer als Gelegenheitsursache in Frage kommt, sind die Verdauungsorgane außerordentlich häufig befallen. Während der untersuchten Zeiträume läßt sich eine mäßige Zunahme der Krebssterblichkeit feststellen. Auffallend sind zeitliche Schwankungen in der Häufigkeit des Auftretens.

Mohr (Bielefeld).

---

4) **F. Fischer.** Über die Entstehungs- und Verbreitungsweise der Tuberkulose in den Schwarzwalddörfern Langenschiltach und Gemmelsbach.

(Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. III. Hft. 1.)

Das hauptsächliche Ergebnis der umfassenden Untersuchungen F.'s ist, daß die Tuberkulose nicht eine Krankheit großer Familienstämme, sondern einzelner Haushaltungen ist. Es erwies sich ferner, daß die Morbidität und Mortalität an Phthise in der landwirtschaftlichen Bevölkerung um die Hälfte geringer ist als in den übrigen Berufsarten. Die Infektionsgefahr ist für die Verbreitung der Krankheit das Maßgebende, nicht die hereditäre Disposition. Ein gewisser Schutz durch das Höhenklima ist wahrscheinlich.

W. v. Brunn (Marburg).

---

5) **Juliusberg.** Über Tuberkulide und disseminierte Hauttuberkulosen.

(Mitteilungen aus d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4 u. 5.)

Neben den allgemein anerkannten tuberkulösen Hauterkrankungen, unter denen der Lupus die erste Stelle einnimmt, hat man neuerdings als »Tuberkulide« einige Formen von Äußerungen der Tuberkulose in der Haut aufgestellt. Diese haben, weit über das dermatologische Interesse hinausgehend, eine große diagnostische Bedeutung, da ihre Feststellung berechtigt, auf eine anderweitige tuberkulöse Erkrankung im Innern des Körpers Schlüsse zu ziehen. J. unterwirft dieselben, fußend auf Beobachtungen an der Neisser'schen Klinik, einer eingehenden Untersuchung. Er beschreibt den Lichen scrophulosorum, von dem die Acne scrophulosorum eine Abart darstellt. Wesentlich abweichend von dieser Gruppe sind die Tuberkulide mit zentraler Nekrose (Lupus erythematosus disseminatus Boeck, Folliclis Barthélemy); meist mit Beginn der kalten Jahreszeit treten auf den Streckseiten der Extremitäten Knötchen auf, die im Zentrum zerfallen, ein kleines Geschwür bilden und mit einer deprimierten, mit einem Pigmentsaum umgebenen Narbe heilen. Kaum abzugrenzen von diesen sind die »Tuberculides nodulaires«, auch die Fälle von Erythema induratívum mit platten Infiltraten gehören dazu.

Lokal geben diese Tuberkulide stets eine günstige Prognose. Bisweilen ist es gelungen, Tuberkelbazillen darin nachzuweisen, so daß man sie auffassen darf als eine bazilläre Tuberkulodermatose; doch scheint es, daß sie oft nur durch die Toxine der sonst im Körper befindlichen Tuberkelbazillen hervorgerufen werden. Ihre sichere Zugehörigkeit zur Tuberkulose wird auch bewiesen durch ihre Reaktion auf Injektionen von Alt-Tuberkulin. **Haeckel** (Stettin).

6) **E. Ziegler.** Histologische Untersuchungen über das Ödem der Haut und des Unterhautzellgewebes.

(Beiträge zur pathologischen Anatomie usw. Bd. XXXVI. p. 435.)

Im Gegensatze zu den Arbeiten anderer Autoren, die sich fast ausschließlich mit der Erforschung der Ursachen und der Entstehungsweise der Hautödeme beschäftigten, hat Verf. sich die Aufgabe gestellt, die feineren histologischen Gewebsveränderungen der Cutis und Subcutis bei verschiedenen Formen des Ödems festzustellen. Mit besonderem Interesse verfolgt er das Auftreten und die Schicksale der freien Zellen. Daneben werden jedoch die ausgetretene Flüssigkeit, die fixen zelligen Bestandteile, die elastischen und Bindegewebszüge, Kapillaren usw. in ausgedehntem Maße berücksichtigt. Verf. unterscheidet nichtentzündliche und entzündliche Ödeme. Für letztere hält er das Vorherrschen ein- oder vielkerniger Leukocyten in der Ödemflüssigkeit im allgemeinen für charakteristisch. **Müller** (Dresden).

7) **Franke.** Zur Behandlung des Erysipels.

(Therapeutische Monatshefte 1904. Nr. 11.)

F. ging von dem Gedanken aus, durch starke Kompression der zentralwärts vom Erysipel liegenden Lymphbahnen die weiter kriechenden Kokken zurückzuhalten und die Produkte der Kokken durch Beschränkung auf den Krankheitsherd infolge der Anhäufung den Kokken selbst gefährlich werden zu lassen. Die Abschnürung erfolgte durch zentralwärts vom Krankheitsherd umgelegte, $^4/_5$ des Gliedes umfassende Heftpflasterstreifen, die so angebracht waren, daß die Öffnung des ersten Streifens der am weitesten vorgerückten Stelle des Erysipels entsprach, während die Öffnung des zweiten Streifens der Öffnung des ersten gegenüberlag. Die Öffnung des dritten Streifens entsprach wieder der Öffnung des ersten Streifens.

Am Kopfe wurde ähnliches durch Aufpinseln von Kollodiumstreifen erreicht. Risse in den Kollodiumstreifen müssen sofort wieder durch neues Aufpinseln ausgebessert werden.

Verf. hat mit dieser Methode ausgezeichnete Erfolge zu verzeichnen gehabt. **Silberberg** (Breslau).

8) **Bardenheuer.** Festschrift zur Eröffnung der Akademie für praktische Medizin in Köln.

Köln, **M. Dumont-Schauberg,** 1904.

Die Festschrift umfaßt auf 299 Seiten 17 Arbeiten aus der Feder B.'s und seiner Assistenten. Berücksichtigt sind, abgesehen von mehreren interessanten kasuistischen Mitteilungen der verschiedensten Gebiete der Chirurgie, im besonderen die Behandlungsmethoden und Operationen, die vom Kölner Bürgerhospital ausgegangen, bezüglich dort besonders ausgebildet sind, so die Heißluftbehandlung bei akuten Anämien und deren Folgen, die Neurinsarkoklesis, die Extensionsbehandlung der Knochenbrüche und die extrakapsuläre Resektion der großen Gelenke. Sehr gut sind die speziell die beiden letzteren Fragen erläuternden zahlreichen Röntgen- und gewöhnlichen Photogramme.

Müller (Dresden).

---

9) **Bardenheuer.** Ruptur der Intima der Subclavia, nebst einer Besprechung der verschiedensten Arten der Ischämie und deren Behandlung.

(Festschrift zur Eröffnung der Akademie für prakt. Medizin in Köln.)

Ausgehend von zwei Fällen dieser äußerst selten vorkommenden Verletzung der Art. subclavia bei Schlüsselbeinbrüchen, erörtert B. eingehend die Verletzungen, im besonderen die Ruptur der Intima, größerer Arterienstämme.

In dem einen Falle, der durch Überfahren der Brust entstand und rasch tödlich endete, fand sich bei der Sektion neben mehrfachen Brüchen der beiderseitigen obersten Rippen links ein Schlüsselbeinbruch und ein Querriß der Subclavia. Nur die Adventitia war an der Verletzungsstelle erhalten. Die Rißränder der Intima und Media wichen $5^1/_2$ cm auseinander. Im zweiten Falle hatte sich Pat. durch Sturz vor 3 Tagen einen typischen subkutanen linksseitigen Schlüsselbeinbruch zugezogen. Der Arm war gefühllos, stark venös gestaut, der Puls fehlte. Die Fossa supracl. zeigte weder eine Vorwölbung noch blutige Verfärbung. Infolgedessen legte B., da neben einer Intimaverletzung die Möglichkeit einer Fragmentkompression der Subclavia vorhanden war, die Bruchstelle frei und nähte die Bruchenden. Obgleich er die Arterie nicht zu Gesicht bekam, war nach der Lage der Bruchenden eine Kompression der Subclavia ausgeschlossen und die Diagnose einer Intimaruptur anzunehmen. D. geht auf die Ursachen und Symptome dieser Gefäßverletzung des näheren ein und berichtet nach weiterer Mitteilung dreier Fälle — eine Poplitaea, zwei Brachialis — über instruktive experimentelle Versuche.

Im allgemeinen dürften Zerreißungen der Intima nach Verletzungen bei Knochenbrüchen häufiger vorkommen, als allgemein angenommen wird, besonders da kleine ohne Gefährdung der Zirkulation heilen können. Gegenüber der Ruptur der ganzen Gefäßwand unterscheiden sie sich durch das Fehlen einer großen Blutung am Orte der Verletzung bei fehlendem peripheren Puls. Das Schwinden des Pulses kann nach 2—3, ja noch nach 12 Tagen eintreten. Die häufigste und schwerste Folge dieser Verletzung ist die Gangrän, unter 57 Überlebenden, von 67 Fällen überhaupt, 35mal. Für das Zustandekommen eines für die Erhaltung des Gliedes so überaus wichtigen Kollateral-

kreislaufes sind die Muskelgefäße — weil Endarterien — von geringer, die Vasa nutr. der großen Nervenstämme von der größten Bedeutung. Die Ausdehnung der Gangrän ist sehr verschieden, sie schwankt von kleiner umschriebener bis zur totalen der Extremität. Verschieden ist ferner die Zeit ihres Eintrittes; sie hängt ab von dem Zeitpunkte des vollständigen Verschlusses durch Thrombose und ist manchmal spät, am 9. bis sogar 26. Tage beobachtet.

Selten kommt nach Intimaruptur die ischämische Kontraktur, häufiger die schlaffe Lähmung vor. B. steht unter dem Eindrucke, daß zum Zustandekommen der reinen myogenen Lähmung mit Kontraktur die reine Ischämie nicht genüge, daß vielmehr andere kausale Momente dazu kommen müßten, wie ein zu fester Verband, Zerreißung oder entzündliche Infiltration der Muskulatur, oder eine Verletzung der Venen oder Nerven. Diese Ansicht stützt er durch mehrere in der Arbeit erwähnte klinische Beobachtungen und Experimente — Unterbindung und Exzision großer Arterien- und Venenstämme ohne und mit mehr oder weniger ausgedehnten Weichteil- und Knochendurchtrennungen. Auffallend ist das verhältnismäßig häufige Auftreten der ischämischen Kontraktur nach stark dislozierten Frakturen und nach Anlegung von Gipsverbänden bei Knochenbrüchen. Im besonderen bei Kindern und am Vorderarm — unter 34 Fällen 33mal am Vorderarm, einmal Unterschenkel. Und zwar seien die Verbände stets relativ zu fest; hierdurch komme es zu passiver Stauung des venösen Blutkreislaufes. Diese Stase bedinge reichlichen Leukocytenaustritt, der Kerntod der Muskelfibrillen und Totenstarre der Muskeln zur Folge habe.

Bei der Behandlung all dieser und anderer »Unterernährungszustände« hat sich B. die heiße Luft außerordentlich gut bewährt. Er berichtet über mehrere recht eklatante Fälle. Angewandt hat er diese Methode ferner bei drohender oder vollendeter Gangrän der Extremitäten infolge von Diabetes, Arteriosklerose, Endarteriitis oblit., ferner bei neuropathischen Geschwüren, Tabes, Mal perforant, und er empfiehlt sie bei allen infolge zentraler oder peripherer Nervenaffektionen — Raynaud'sche Krankheit, Syringomyelie, Syphilis, Alkoholismus usw. — entstandenen, schwer heilenden Geschwüren, Phlegmonen, Gangrän u. dgl., die »alle den Charakter der passiven Blutstauung haben«. Bei gleichzeitiger Nervenstörung muß man mit niedrigen Temperaturen (50—60° C) beginnen und vorsichtig bis 110° in die Höhe gehen.

Müller (Dresden).

---

10) **Bourgeois.** Les fractures chez les épileptiques.

(Revue français de méd. et de chir. 1904. Nr. 46.)

B. erörtert die Eigentümlichkeiten der Knochenbrüche, welche Epileptiker sich während und außerhalb der Anfälle zuziehen. Solche ereignen sich bei Epileptikern verhältnismäßig häufig, am häufigsten im Anfall und an den kurzen Knochen. Diese scheinen bei der Epilepsie häufig abnorm brüchig zu sein, zumal da bei epileptischen

Kindern häufig Rachitis, seltener auch Osteomalakie vorkommt. Die Knochenbrüchigkeit scheint sowohl bei jungen als auch bei alten Kranken auf trophischen Störungen zu beruhen, örtlichen oder allgemeinen, welche eine Folge der Epilepsie sind oder eventuell auf einer vorhergegangenen Nervenstörung beruhen. Immerhin sind jedoch die Fälle einer sehr ausgesprochenen Brüchigkeit auch bei Epileptikern selten. Brüche durch direkte Gewalteinwirkung sind häufiger als durch indirekte. Bei den Frakturen durch indirekte Gewalt spielt die Torsion eine große Rolle, zumal beim Anfall, wenn die Extremität irgendwie fixiert bleibt. Auch die Hyperflexion eines Gliedes beim Anfall kommt als indirekte Gewalteinwirkung in Betracht. Dagegen ist die Muskelkontraktur allein als Ursache einer Fraktur bei Epileptikern selten.

Mohr (Bielefeld).

---

11) **V. Cornil et P. Coudray.** Évolution anatomique des fractures mobilisées dans le but de provoquer des pseudarthroses.

(Revue de chir. XXIV. année. Nr. 7.)

Das Thema, das sich auch in den Bull. de l'acad. de méd. LXVII. année Nr. 40 besprochen findet, ist in fesselnder Weise dargestellt und verdient alle Aufmerksamkeit. Die Versuche, die an Kaninchen und Hunden angestellt wurden, hatten das schon von Ollier berichtete Ergebnis, daß nämlich bei diesen Tieren Brüche der Rippen, des Humerus, der Vorderbeinknochen trotz täglicher passiver Mobilisierung keine Pseudarthrosen, sondern nur eine um 4—5 Tage verzögerte Konsolidation mit großem Kallus ergeben. Die Heilung tritt bald mit, bald ohne Knorpelproduktion, jedenfalls aber mit Beteiliung der Muskelsubstanz ein, deren Fasern in jedem Stadium der Umbildung bis zur Dünne von Sharpey'schen Fasern im jungen Knochen erkennbar sind. Die vermehrten Zellen des Sarkolemms werden zu Knochenkörperchen.

Noch ehe die Beweglichkeit der Bruchenden völlig aufgehoben ist, sind Spalträume zwischen denselben vorhanden. Man hat behauptet, sie seien bei Pseudarthrosen von Synovialis bekleidet; Verff. leugnen deren Existenz; keine sichere mikroskopische Untersuchung könne sie beweisen; Endothel, Synovia und Synovialis fehlen.

Eingehend berichten Verff. sodann über einige Fälle von Pseudarthrose, und besprechen die Rolle der Interposition von Muskelgewebe, deren Wert für die Erzeugung künstlicher Pseudarthrosen von Areilza und Arrequi bestritten wurde. Auf Grund ihrer Tierexperimente und der Untersuchung operativ gewonnener Präparate kommen Verff. zu den Schlüssen, daß nicht die Beweglichkeit, sondern Muskelinterposition, starke Verschiebung der Bruchenden — ohne anderen nachweisbaren Grund —, Ostitis rareficans, besonders bei sehr fettreichem Marke, sodann Syphilis, ungünstige Splitter, größere Blutergüsse (Berger) und Eiterung die Hauptmomente für das Zustandekommen von Pseudarthrose abgeben.

Die mit 21 Fig. versehene Abhandlung bietet noch viele interessante Einzelheiten, für die ich wohl auf das Original verweisen darf.

Christel (Metz).

---

12) **McCrae.** The pathology and etiology of arthritis deformans.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1904. Oktober 8.)

13) **Walsh.** Arthritis deformans.

(Ibid.)

14) **Skinner.** The treatment of arthritis deformans.

(Ibid.)

McC.'s Ansicht läßt sich folgendermaßen zusammenfassen: 1) Atrophische und hypertrophische Form ist zu unterscheiden; sie sind wahrscheinlich nur Gradunterschiede der gleichen Krankheit. 2) Je nach dem Sitze können die verschiedenartigsten Formen entstehen, z. B. Wirbelsäulenankylose, monartikuläre Form, Malum senile usw.; diese sind trotz anscheinend verschiedener klinischer Erscheinungen nach seiner Ansicht pathologisch nicht verschieden. 3) Er faßt die Arthritis deformans als Infektionskrankheit eigener Art auf. 4) Mit akutem Gelenkrheumatismus besteht kein organischer Zusammenhang. 5) Über den Zusammenhang mit anderen Infektionskrankheiten, speziell mit Syphilis, besteht keinerlei Klarheit. 6) Erblichkeit spielt eine gewisse Rolle. 7) Die Krankheit fängt viel früher an (bei 70% seiner Kranken vor dem 40. Lebensjahr) als gewöhnlich angenommen wird.

W. bringt Bekanntes. Nur hält er die Prognose nicht für so schlecht, wie sie gewöhnlich gestellt wird.

Zur richtigen und erfolgreichen Behandlung gehört möglichst frühzeitige Diagnose, ehe größere Veränderungen der Gelenke vorliegen. Die Diät soll nicht Gichtdiät sein, da Arthritis deformans und jene keinerlei Zusammenhang haben. S. läßt reichlich Fleisch essen, beschränkt eher die Amylaceen. Verdauungsstörungen sind zu vermeiden. Die Kleidung soll Hauttätigkeit anregend sein, am besten wollene Unterkleidung. Im akuten Anfalle sollen die Gelenke ruhig gehalten, nach Ablauf ausgiebig aktiv und passiv bewegt werden. Brisement forcé schon versteifter Gelenke ist dringend zu widerraten. Zur Beseitigung der Krankheit ist kein innerliches Mittel bekannt, zur Unterdrückung der Schmerzen leisten aber die Salizylpräparate, hauptsächlich Aspirin, Gutes. (Letzteres kann ich bestätigen; Ref.) Zur Behandlung des ganzen Körpers benutzt S. Heißluftbäder von 150 bis 200° C(!!), die in einem asbestbekleideten Zylinder, der den Körper bis zu den Achseln umschließt, 25—30 Minuten erteilt werden. Der starken Anregung des Gesamtstoffwechsels soll keine Erschlaffung folgen wie bei Anwendung niederer Temperaturen. Elektrizität in mancherlei Formen, namentlich statische, hält S. für sehr zweckmäßig, ebenso Vibrationsmassage. Statistik über 51 Fälle.

Trapp (Bückeburg).

---

15) **A. Hoffa.** Atlas und Grundriß der Verbandlehre. Dritte vermehrte und verbesserte Auflage.

München, **J. F. Lehmann,** 1904. Mit 144 Tafeln, 139 S.

Der für den Studierenden wie für den praktischen Arzt gleich wertvolle Atlas bringt in seiner neuen Auflage mehrere Neuerungen der Verbandstechnik.

Zunächst sei die Simplexbinde erwähnt, deren Anwendungsweise und Vorzüge eingehend geschildert werden. Die Schienenverbände wurden durch die für den Kriegschirurgen wichtige Hübscher'sche Streckmetallschiene und die Kölliker'sche Gipsdrahtschiene bereichert. Die imponierendste Erfindung dieser Art stellt jedoch Bingler's Heidelberger Verbandsschiene dar, welche nicht bloß dem Feldchirurgen, sondern auch dem praktischen Arzte und dem Kliniker als eine Idealschiene vorgestellt werden kann. Von der Anwendung der Borchard'schen Beckenstütze gibt Tafel 125 ein anschauliches Bild. Die Beckenstütze von Joachimsthal, der Ritter'sche Extensionsapparat, sowie die Hofmeister- und Scheffler'sche Gipsbindemaschine sind ebenfalls neu aufgenommen und als brauchbar empfohlen.

Erwähnung findet schließlich das Gerson'sche Suspensorium. Der Druckfehler »δήκη« auf Tafel 17 dürfte nur noch bei der humanistisch vorgebildeten jüngeren Generation etymologische Bedenken erregen. Dem Grundsatze, »prüfet alles und behaltet das beste«, ist auch diesmal der Verf. treu geblieben, und so kann die neue Auflage der Verbandlehre, welche sich durch Naturtreue ihrer Abbildungen wie durch die Prägnanz der Darstellung wiederum auszeichnet, nicht warm genug dem Kandidaten und dem Praktiker empfohlen werden.

Hofmann (Freiburg i. B.).

---

16) **J. v. Mikulicz** und Frau **V. Tomasczewski.** Orthopädische Gymnastik gegen Rückgratsverkrümmungen und schlechte Körperhaltung. II. Aufl.

Jena, **Gustav Fischer,** 1904.

Nach kaum Jahresfrist eine zweite Auflage ist der beste Beweis dafür, daß das Buch die weitgehendste Beachtung gefunden hat. Die Neuauflage ist mit einigen Abbildungen und Übungen mehr ausgestattet und wird als kurzgefaßtes Lehrbuch ohne überflüssige Zutaten voraussichtlich auch weiterhin einem praktischen Bedürfnis entsprechen.

J. Riedinger (Würzburg).

---

17) **Busse** und **Blecher.** Über Myositis ossificans.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIII. p. 388.)

Verff. bringen fünf eigene einschlägige Beobachtungen, sämtlich operierte Fälle betreffend, an die sorgfältige mikroskopische Untersuchung der Operationspräparate angeschlossen wird, nebst Allgemeinerörterungen über die Theorie und Ätiologie des Leidens. Um die

letzteren vorweg zu nehmen, sind Verff. zu dem Resultate gekommen, das Wesen der Krankheit, insbesondere auch das der traumatischen Myositis ossificans in einer wahren chronischen Muskelentzündung zu sehen, die allein für sich ohne periostitischer Prozesse genügt, die charakteristischen Knochenbildungen hervorzubringen. Es kommt zu Gewebsneubildungen, in denen Bindegewebe, Knorpel, osteoides und fertiges Knochengewebe ineinander übergeht und zum Teil nicht genau differenzierbar ist. Es kann aber gleichzeitig mit der Muskelentzündung auch eine ebenfalls osteoplastische Periostitis einsetzen und können die Produkte beider Erkrankungen feste Verwachsungen miteinander eingehen, wodurch ein rein periostitischer Charakter des Leidens vorgetäuscht werden kann. Die Annahme des letzteren ist aber ebenso abzulehnen wie die Auffassung der Knochenproduktionen als einer Art von Geschwülsten oder Neubildungen; denn nachweislich sind die abnormen Knochenbildungen der Myositis, wenn auch nur selten, einer spontanen Rückbildung fähig, und dies ist ein Verhalten, das nur Produkten entzündlicher Prozesse eigen ist. Betreffs der eingehenden histologischen Beschreibung ist auf das Original zu verweisen, das auch Abbildungen beibringt.

Das kasuistische Material ist recht mannigfach und instruktiv. Drei Fälle stammen aus militärischer, zwei aus ziviler Praxis. In Fall 1 handelt es sich um eine Knochenbildung der Oberschenkelstrecker, die bei einem Bluter lediglich infolge der Anstrengungen bei der Ausbildung im Exerzieren zustande gekommen ist. Wahrscheinlich haben hier die fortgesetzten Muskelkontraktionen zunächst zu Blutungen geführt, die den Entzündungsprozeß einleiteten. In den übrigen Fällen gab ein einmaliges stärkeres Muskeltrauma den Grund für die Erkrankung — Exerzierbajonettstoß gegen den Biceps brachii, Hufschlag gegen den rechten Oberschenkel, Fall mit dem Oberschenkel gegen einen harten Grabenrand, Überfahrung über den Oberschenkel. Gewöhnlich fanden sich die Muskelverknöcherungen 4—5 Wochen nach dem Trauma ein. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

18) **W. Stempel.** Die Syringomyelie und ihre Beziehungen zur sozialen Gesetzgebung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIII. p. 481.)

S. ist als Sachverständiger der schlesischen Landesversicherungsanstalt und beim Arbeiterschiedsgerichte der Syringomyelie bei Antragsstellern auf Rente häufig begegnet. Nachdem er in dieser Arbeit Beobachtungen beschrieben, erörtert er die klinische Eigenheit des Leidens, seine praktischen Beziehungen für die Gutachtersaufgaben bei Bescheidung von Rentenansprüchen, also namentlich die Fragen über Invalidität bei dem Leiden, sowie über ursächlichen Zusammenhang desselben mit Betriebsunfällen. S. wendet sich mit seinen Mitteilungen besonders an die praktischen Ärzte, denen, wie er sich überzeugen mußte, die Kenntnis der Syringomyelie noch nicht geläufig ist. Da seine eigenen Beobachtungen sorgfältig aufgenommen, mannigfacher Art, mithin recht instruktiv sind, die von ihm gegebene Charakteristik des Leidens kurz, aber erschöpfend, der Inhalt der Erörterungen über

die Invaliditätsfragen wohl begründet, überdies auch eine sehr brauchbare Anweisung zur klinischen Untersuchung des Nervensystems, die für die Diagnose besonders wesentlich ist, gegeben wird, verdient die Arbeit in der Tat, den Praktikern empfohlen zu werden.

Die Zahl der eigenen Fälle S.'s beträgt 18. Nicht ein einziges Mal war von den Vorgutachtern die richtige Diagnose gestellt. Nur neunmal war eine Nervenkrankheit erkannt, nicht aber welche. Über die Détails der Beobachtungen ist auf das Original zu verweisen; es genüge zu bemerken, daß sie die pathognomonischen Symptome des Leidens gut kennen lernen lassen (Kyphoskoliosen, Verunstaltungen der Hände, Fingerverstümmelungen durch Nekrose, Osteo- und Arthropathien, zumal an den Armen, Spontanfrakturen, Anästhesien, Reflexsteigerungen usw.). Differentialdiagnostisch kommen außer sonstigen Krankheiten der Nerven namentlich die Hysterie in Betracht, sodann von anderen Leiden die Lepra, auf die unter Umständen bakteriologisch zu fahnden wäre. Betreffs Invalidität ist S. der Ansicht, daß die sicher konstatierte Krankheit an sich noch nicht genügt, die damit Behafteten für dauernd erwerbsunfähig im Sinne des Alters- und Invaliditätsversicherungsgesetzes erklären zu müssen. Eigene Beobachtungen S.'s lehren, daß Syringomyelitiker jahrelang ganz wohl sich halten können, trotz ihrer verunstalteten Hände usw. Auch schwere, fortgesetzte Arbeit braucht unter Umständen keineswegs die Krankheit zu verschlimmern. Je jünger das erkrankte Individuum, desto weniger wird für dasselbe die Affektion erwerbsfähigkeitsbeschränkend sein, während Erkrankungen der Unterextremitäten mit Behinderung von Stehen und Gehen schon frühzeitig invalidisierend werden wirken können. Traumen beliebiger Art sind kaum fähig, das Leiden zu bewirken, wohl aber können sie die Krankheit erheblich verschlimmern und insofern manchmal wohl Rentenbewilligungen notwendig machen.

Einige Skiagramme und ein Literaturverzeichnis von 19 Nummern sind der Arbeit beigegeben. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

19) **F. Kempf.** Über Ursache und Behandlung des Caput obstipum musculare.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIII. p. 351.)

K. prüft die neueren ätiologischen Theorien über das Caput obstipum, insbesondere die von v. Mikulicz-Kader und Völcker, wobei auf die Dignität der bei dem Leiden nachweisbaren histologischen Veränderung in den Kopfnickern besonders eingegangen und Wert gelegt wird. K. lehnt die Auffassung dieser Veränderungen als entzündlicher ab, erklärt sie vielmehr als im wesentlichen rein regressive und schließt sich mehr Völcker an, welcher die Degeneration der Kopfnicker auf Druck, und zwar intra-uterinen, von der Schulter gegen den Kopf in der Ohrgegend ausgeübt, zurückführte, dergestalt, daß eine Muskelischämie zu supponieren wäre. Allerdings stimmt er Völcker insofern nicht zu, als er den von diesem behaupteten völligen Gefäßmangel in

der unteren Partie des Kopfnickers bestreitet; vielmehr fand er bei eigenen anatomischen Untersuchungen an Leichen von Neugeborenen viermal ein den alleruntersten Teil des Muskels versorgendes Arterienästchen, welches aus dem Truncus thyreocervicalis stammt. Auch findet er die von Völcker an den Köpfen schiefhalsiger Kinder beschriebenen Ohrdeformitäten, die derselbe als Folge intra-uteriner Druckwirkungen interpretierte, viel zu vieldeutig, um sie zur Stützung der Drucktheorie verwerten zu können. Er will vielmehr weder eine ausschließlich fötal-intra-uterine Schiefhalsgenese gelten lassen, noch bloß den Muskel selbst für die Ätiologie der Deformität herangezogen sehen. Namentlich der Geburtsakt, unter Umständen aber auch im späteren Leben eintretende Schädlichkeiten können zu der Muskelerkrankung führen, die ihrerseits wiederum indirekt auch auf neuropathischem Wege, namentlich durch Schädigung des N. accessorius vermittelt werden kann.

Betreffs Behandlung des Leidens berichtet K. über 37 in der Kinderheilanstalt in Hannover von Kredel operierte Fälle. Benutzt wurde ein querer Hautschnitt, 4 cm lang, parallel und dicht über dem Schlüsselbeine durch Haut und Platysma. Danach Durchschneidung beider Portionen des Sternocleido, sowie der Stränge der hinteren Muskelscheide, falls dies zu völliger Aufrichtung des Kopfes noch nötig ist. Die ersten 14 Tage hiernach geschieht nichts; von da an haben die entsprechend angewiesenen Angehörigen der Kinder die nötigen Redressierübungen vorzunehmen; die Resultate waren befriedigend, und von 23 Pat. konnte auch nach mindestens 5 Jahren der Dauererfolg untersucht werden: 21 zeigten ganz normale gerade Kopfhaltung, 2 bei nachlässiger Haltung noch eine ganz leichte Seitenabweichung, welche die Kinder aber bei Berufen aktiv korrigieren konnten. Auch hinsichts Beweglichkeit des Kopfes und Unauffälligkeit der Narbe waren die Erfolge gut. Hiernach liegt kein Grund vor, die Operationen nach v. Mikulicz oder Wullstein, welche unnötig eingreifend sind, der einfachen offenen Tenotomie vorzuziehen. Nur wo letztere versagt, wären anderweitige Eingriffe indiziert.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

20) **Bardenheuer** und **Linnartz.** Die Extensionsbehandlung bei Genu valgum nach Osteoklase.

(Festschrift zur Eröffnung der Akademie für prakt. Medizin in Köln.)

21) **Bardenheuer** und **Grässner.** Die Behandlung der Knöchelbrüche mit Extensionsverbänden und die damit erzielten Resultate.

(Ibid.)

22) **Bardenheuer** und **Vorschütz.** Die Behandlung der Fractura epicondyli interni humeri mit Extensionsverbänden.

(Ibid.)

Mit der von B. gepflegten und zu einer besonderen Vervollkommnung ausgebildeten Methode der Behandlung der Knochenbrüche

mittels Extension beschäftigen sich die vorstehenden drei Arbeiten. Das Prinzip dieser Methode beruht ja darin, daß, abgesehen von der Extension in der Längsrichtung der Extremität, durch sogenannte Quer- bezw. Gegenzüge, deren Zugrichtung durch die jedesmalige Stellung der Bruchenden — nach oben, unten, links, rechts usw. — bedingt wird, die reponierten Knochenenden in der gewollten, besten Stellung gehalten werden. Es ist hier nicht der Ort, auf die Vorzüge und Nachteile der im einzelnen Falle konkurrierenden Methoden einzugehen. Sicher ist, daß B. mit seiner allerdings nur für die Spitalpraxis geeigneten Behandlungsart, die im übrigen nach Ansicht des Ref. durchaus nicht so schwierig und umständlich ist, wie von anderen Seiten behauptet wird, tatsächlich ausgezeichnete Resultate erzielt hat. Ob man einen wegen Genu valgum osteotomierten oder gebrochenen Knochen eingipst oder nach B. extendiert, dürfte unter der Voraussetzung, daß beides sachgemäß geschieht, für den schließlichen guten Erfolg gleichgültig sein. Bemerkenswerter sind schon die Resultate der Extensionsbehandlung der Brüche des Epicondylus int. humeri — Zug am gestreckten Arme 6—8 Pfund, Querzug über abgesprengtem Epicondylus, Gegenzüge an Ober- und Unterarm. Bei einer durchschnittlichen Heilungsdauer von 22 Tagen sind die veröffentlichten 14 Fälle mit gutem Enderfolge wieder hergestellt. Am augenscheinlichsten sind jedoch die Vorzüge der B.'schen Methode bei den von G. bearbeiteten Knöchelbrüchen. Diese Arbeit ist eine Fortführung der von Löw und Bliesner in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIV und LV gegebenen Mitteilungen über die Extensionsbehandlung der Knöchelbrüche. Von 149 von 1897—1903 Behandelten waren vor Ablauf der 13. Woche 115 = 77,2%, nach Ablauf dieser Zeit 27 = 18,1% geheilt. Es blieben noch 7 = 4,7% ungeheilte, die Rente empfingen, darunter jedoch einige, die nur eine Übergangs-, keine Dauerrente erhielten. Werden nur die Dauerrentner berücksichtigt und alle von 1891—1903 behandelten Fälle zusammengestellt, so ergeben sich bei 285 Knöchelbrüchen nur 4 = 1,4% dauernd Invalide. Es ist dies ein so auffallend günstiges Ergebnis im Vergleich zu den anderseits angegebenen Zahlen (Haenel 30%, Jottkowitz 22,5% Invalidität dauernd?), daß es wirklich, besonders im Hinblick auf die soziale Krankenversicherung, erhöhte Beachtung verdient. Zahlreiche sehr gute Photogramme und Röntgenbilder erläutern die Methode und zeigen die guten Resultate. **Müller** (Dresden).

---

23) **Bardenheuer** und **Frank.** Resektion des tuberkulösen Schultergelenkes.

(Festschrift zur Eröffnung der Akademie für prakt. Medizin in Köln.)

24) **Bardenheuer** und **Lemmen.** Die Resektion der Hüftgelenkspfanne bei tuberkulösen und osteomyelitischen Entzündungen des Hüftgelenkes.

(Ibid.)

In beiden Arbeiten treten Verff. für eine radikale und frühzeitige Resektion beider großen Gelenke bei oben genannten Erkrankungen ein. Bei Tuberkulose solle, wie bei einer bösartigen Geschwulst, ohne Rücksicht auf Knochen und Weichteile, das erkrankte Gelenk am besten ohne Eröffnung der Gelenkhöhle samt Synovialis und Kapsel vollständig entfernt werden. Im Kindesalter brauche man die Verletzung bez. Entfernung des Epiphysenknorpels, wenn sie notwendig erscheint, durchaus nicht so sehr zu scheuen, da einerseits auch bei spontaner Ausheilung zuweilen ganz wesentliche Verkürzungen der Gliedmaßen zustande kommen können, andererseits, so besonders am Oberschenkel, der distale Epiphysenknorpel für das Längenwachstum der wichtigere sei, und beim Arme schließlich weniger die Länge als die Funktionstüchigkeit in Frage kommt. Zum Freilegen der Gelenke werden nur die eine ausgezeichnete Übersicht gewährenden Querschnitte, für die Schulter der Bardenheuer-Kocher'sche, für die Hüfte der Larghi-Sprengel'sche verwandt und bei der Schulter wo möglich primärer Wundverschluß ohne große Tamponade zu erzielen gesucht, während die enorme taschenreiche Wundhöhle bei der Hüftgelenkspfannenresektion ausgiebig tamponiert wird. Zu vermeiden sind unter allen Umständen bei Schulter und Hüfte die unbrauchbaren Schlottergelenke. Dies läßt sich einesteils durch primäre Fixation der wunden Knochenflächen, andererseits durch Extension und Mobilisieren erreichen. Im ersten Falle bekommt man eine Ankylose — bei der Hüfte erstrebenswert —, im anderen eine brauchbare bewegliche Nearthrose.

Um an der Schulter eine fehlerhafte Stellung zu vermeiden und die höchste aktive Leistungsfähigkeit zu sichern, wird der Arm in der Stellung extendiert, zu deren Erreichung im gesunden Zustande der größte Kraftaufwand nötig ist, also nach oben. Hierdurch und durch frühzeitige Übung und Massage ist es B. gelungen, Ausheilung mit fast normaler Beweglichkeit und Kraft der Nearthrose zu erzielen, wie einige beigegebene Photogramme zeigen. Ist aus irgendeinem Grunde, z. B. infolge unverbesserbarer Atrophie oder Paralyse des Deltoideus, eine Nearthrose nicht zweckmäßig, so empfiehlt Verf. eine fixierte Abduktionsstellung des Oberarmes in etwa einem rechten Winkel, um dem Deltoideus einen Teil der Arbeit abzunehmen und sie auf die anderen Schultermuskeln zu übertragen. Von fünf Fällen von Schultergelenkstuberkulose hat B. vier extrakapsulär operiert und die

Nachbehandlung nach den oben skizzierten Prinzipien geleitet. Stets hat er glatte Heilung ohne Fisteln und »glänzende funktionelle Resultate« erhalten.

26 Resektionen der Hüftgelenkspfanne, davon 18 bei Tuberkulose, acht bei Osteomyelitis, hat B. ausgeführt, ohne einen Todesfall zu erleben, der der Methode zur Last fiele; darunter befand sich ein 2½jähriges Kind mit tuberkulöser Koxitis. Von den 18 wegen Tuberkulose Operierten starben fünf an anderweitiger Tuberkulose, vier sind noch in Behandlung, neun sind nach durchschnittlich 4—6monatiger Behandlungsdauer — nur ein Fall mit ausgedehnter Beckentuberkulose, dem nach und nach die ganze Beckenhälfte entfernt wurde, dauerte erheblich länger — mit guter Funktion zur vollständigen Ausheilung gekommen. Bei Osteomyelitis hält B. die totale Resektion der Hüftgelenkspfanne dann für indiziert, wenn es sich um eine septische Epiphysenlinienentzündung der Pfanne handelt, oder wenn diese bei Osteomyelitiden benachbarter Knochen schwer mit beteiligt ist. In Fällen von septischer Pfannenosteomyelitis hat sie gegebenenfalls als dringliche und lebensrettende Operation zu gelten und muß nach event. durch den sogenannten suprasymphysären Explorativschnitt B.'s zum Freilegen der nach dem Becken zu gelegenen Pfannenwand gestellten Diagnose sofort ausgeführt werden. Vier von den acht wegen Osteomyelitis coxae Operierten sind ihrer allgemeinen Infektion erlegen, die anderen sind in 8—9 Wochen völlig ausgeheilt. Alles in allem ist die totale Resektion der Hüftpfanne eine große, aber nicht gefährliche Operation, die auf die Verkürzung des Beines keinen wesentlichen Einfluß hat, dem Gehakte keine ungünstigen Verhältnisse schafft und auch im übrigen die benachbarten Organe in keiner Weise störend beeinflußt.

Müller (Dresden).

---

25) C. Georgi. Zur Behandlung variköser Unterschenkelgeschwüre.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIII. p. 546.)

Zur Heilung variköser Unterschenkelgeschwüre ist die Trendelenburg'sche Saphenaunterbindung ein allerdings bewährtes Mittel, doch schützt sie, da sich Kollateralbahnen für das unterbundene Gefäß bilden können, nicht vor dem Rezidivieren. Zur Verhütung derselben hat Wenzel in Buenos Aires, ein Schüler Trendelenburg's, folgendes Verfahren angegeben: zwischen mittlerem und unterem Drittel des Oberschenkels wird ein bis auf die Fascie gehender Zirkulärschnitt gemacht, worauf alle in den Schnitt fallenden, oberhalb der Fascie gelegenen Venen mit möglichster Schonung der Hautnerven unterbunden werden. Zum Schluß Hautnaht.

Wie G. berichtet, sind in Credé's Abteilung im Stadtkrankenhause Dresden-Johannstadt drei Fälle nach diesem Verfahren mit Erfolg operiert, so daß dasselbe empfohlen werden kann.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

26) **Momburg.** Die Entstehung der Fußgeschwulst.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIII. p. 425.)

M., Stabsarzt im Garnisonlazarett Spandau, verfügt über 202 Röntgenaufnahmen von Fußgeschwulst, auf Grund deren er sich zur Sache äußert. Für die Ätiologie des speziell militärärztlich interessierenden Leidens kommt wesentlich die Mechanik und Anatomie der Mittelfußknochen in Betracht. Im Widerspruch mit Blecher hält M. es für ausgemacht, daß die Hauptstützpunkte des Fußes außer dem Calcaneus die Köpfchen des II. und III. Metatarsus (nicht die des I. und V.) sind. Außerdem ist die Länge der einzelnen Metatarsalknochen von Wichtigkeit, die individuell sehr verschieden ist, und für welche M. acht verschiedene Typen aufgestellt hat. Es prävalieren aber die Fälle, wo der II. Metatarsus der längste ist. Aus der vorzugsweisen Belastung des II. und III. beim Gehen und aus deren Größenverhältnis erklärt sich die Prädilektion der Fraktur und Periostitis für diese Knochen, welche der »Fußgeschwulst« zugrunde liegen. Vorwiegend ist der II., dann der III., selten der IV. betroffen. Der I. und V. Metatarsus dienen nur als Seitenstützen, sind aber stark entwickelt und brechen fast nie.

Beim Zustandekommen der Erkrankung sind die angestrengten Märsche mit durch das Gepäck vermehrtem Körpergewicht beim Soldaten die maßgebende Ursache. Beim Gehen haben die Metatarsalknochen als federnd elastische Stäbe zu wirken, wobei die eng zusammengehörigen Metatarsi II und III ein funktionelles Ganzes bilden. Eintretendes Müdigkeitsgefühl signalisiert die Erschöpfung der elastischen Kräfte dieser Knochen. Der marschierende Soldat ist aber nicht in der Lage, dem Fuße Ruhe zu gewähren. Die forcierte Anspannung der letzten Kräfte führt dann die fraglichen Schädigungen am Skelette bei ihm herbei. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

Kleinere Mitteilungen.

27) **Bloch.** Lymphogene und hämatogene Eiterungen bei Pneumonie.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4 u. 5.)

Der Diplococcus lanceolatus kann zu Eiterungen bei der Pneunomie führen, einmal durch Verbreitung auf dem Wege der Blutbahn, sodann aber auch durch Fortleitung in Lymphbahnen. Für letztere Entstehungsweise führt B. einen charakteristischen Fall an. Bei einem 18jährigen Manne bildete sich im unmittelbaren Anschluß an eine echte kruppöse Pneumonie eine Eiterung im Brustbein, ein zweiter Abszeß am Hals unter dem Kopfnicker und ein dritter in der Lendengegend und Hypochondrium. In allen ließen sich Pneumokokken nachweisen. Nach gründlicher Spaltung trat Heilung ein. Im Blute wurden trotz mehrmaliger genauer bakteriologischer Untersuchung nur einmal Pneumokokken nachgewiesen. B. nimmt an, daß die genannten drei Herde durch Fortleitung auf dem Wege der Lymphbahnen enstanden sind, da alle drei Herde in unmittelbarster Nähe der Pleura lagen. Die Prognose dieser lymphogenen Eiterungen ist günstiger als die der hämatogenen, weil es bei letzterer begreiflicherweise viel leichter zu allgemeiner

Pneumokokkenpyämie kommt. Die Literatur der lymphogenen Eiterung bei Pneumonie ist berücksichtigt, die Ursachen der verschiedenen Lokalisationen bei hämatogener Metastasierung werden erörtert. **Haeckel** (Stettin).

28) **L. Grant.** On haemophilia and its treatment.

(Lancet 1904. November 5.)

Ausgehend von der Tatsache, daß im weiblichen Geschlecht hämophile Blutungen enorm selten sind, während andererseits die Hämophilie durch Frauen vererbt werden kann, ein Zeichen, daß die gewisse Ursache dennoch in ihrem Körper vorhanden sein muß, glaubt Verf., daß dem weiblichen Organismus besondere, die Gerinnung des Blutes fördernde Stoffe innewohnen. Daß ein Zusammenhang der Hämophilie mit den Generationsorganen besteht, schließt Verf. aus der Erscheinung, daß Töchter von Blutern eine enorme Fruchtbarkeit aufweisen.

Verf. gab einem Kranken, der nahezu an einer Fußsohlenwunde verblutet war und bei dem kein Mittel Erfolg hatte, vom 3. Tage der Blutung an 3 mal $2^1/_2$ Grain (=0,15) Ovarialextrakt (vom Schaf) (Burrough, Welcome and Cie.). Das Allgemeinbefinden hob sich sogleich, die Blutung hörte 2 Tage nachher völlig auf. Natürlich wurden die notwendigen chirurgischen Maßnahmen dabei nicht außer Acht gelassen.

Bei der Gefährlichkeit der Hämophilie und der Machtlosigkeit unserer bisherigen Mittel dagegen (auch des Adrenalins, wie in diesem Falle), kann man Verf. nur beistimmen, wenn er zur Nachprüfung dieser Therapie auffordert.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

19) **Holzknecht und Grünfeld.** Die Fremdkörperentfernung bei wechselndem Röntgen- und Tageslicht als Grundlage der Lehre von den radioskopischen Operationen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIII. p. 552.)

Verff. beschreiben den »radiologischen Operationstisch« des k. k. allgemeinen Krankenhauses in Wien, in dem sie eine zweckentsprechende Einrichtung für Arbeiten mit abwechselndem Röntgen- und Tageslicht gefunden zu haben glauben. Unterhalb der Platte des Tisches sitzt die gut bewegliche Röntgenröhre, und oberhalb der Tischplatte vermag man »auf Kommando von einem Wandtableau aus das Durchleuchtungsbild des auf der Tischplatte in Behandlung stehenden Körperteiles auf einen darüber gehaltenen Fluoreszenzschirm zu erhalten«. Zwei Abbildungen, die erste den Tisch, die zweite einen Operationsakt darstellend (dessen Hergang übrigens dem Ref. unverständlich blieb), erläutern die Beschreibung; auch sind neun mittels dieses Tisches gut gelungene Fremdkörperextraktionen mitgeteilt.

Auffällig ist, daß Verff. von der Mitteilung von Perthes über seine gleichen Zwecken dienende Tischkonstruktion in unserem Blatte 1904 Nr. 18 keinerlei Notiz nehmen. Der Perthes'sche Apparat entspricht im wesentlichen völlig dem von den Verff. beschriebenen. Nach den Abbildungen ist P.'s Tisch kleiner, aber auch einfacher als der von H. und G. Daß bei ihm mittels Pedalen elektrisches und Röntgenlicht gegeben werden kann, auch der Fluoreszenzschirm heb- und senkbar gemacht ist, erscheint dem Ref. als Vorzug.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

30) **M. Silbermark.** Über Spinalanalgesie.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 46.)

In der v. Mosetig-Moorhof'schen Abteilung wurde die Bier'sche Spinalanalgesie in 203 Fällen erprobt. Zur Verwendung kam niemals Kokain; 17 Fälle wurden mit Eukain, 5 mit Tropakokain, die anderen mit Eukainum-β (jedesmal frisch bereitet in 3%iger Lösung) behandelt; für größere Eingriffe vom 16. Jahre aufwärts wurdeu 2 ccm, für kleinere 1 ccm injiziert. 41mal kamen Störungen vor, darunter fünfmal Kollaps.

S. gelangt zu folgenden Schlüssen:

1) Die Spinalanalgesie ist nicht gefährlicher als die Inhalationsnarkose und der Infiltrationsmethode deswegen überlegen, weil sie die anatomischen Verhältnisse nicht verwischt.

2) Sie kann bei allen Operationen in der Leiste, an den Geschlechts- und Harnorganen und den unteren Extremitäten bei Individuen über 16 Jahre ohne jedes Bedenken angewendet werden. **Hübener** (Dresden).

31) **M'Call Anderson.** Three cases of lupus, in which the light treatment foiled: subsequently treated by tuberculin.

(Glasgow med. journ. 1904. November. p. 359.)

Die Überschrift gibt den Inhalt wieder. Es sei noch bemerkt, daß die Tuberkulinbehandlung sofort eine wesentliche Besserung zur Folge hatte.

W. v. Brunn (Marburg).

32) **Doutrelepont.** Über Erythema induratum (Bazin).

(Beiträge für Klinik der Tuberkulose 1904. Bd. III. Hft. 1. p. 1.)

D. berichtet über drei Fälle dieser erst neuerdings bekannt gewordenen Krankheit, die durch das Auftreten flacher, harter, blauroter, druckempfindlicher Infiltrationsherde charakterisiert ist.

Die histologische Untersuchung ergab eine große Ähnlichkeit mit tuberkulösem Gewebe: Herde von Epitheloidzellen, von Rundzellen umgeben, sowie Riesenzellen in mäßiger Menge.

In einem der Fälle trat unter Injektionen von Atoxyl deutliche Besserung ein, in einem anderen durch Röntgenbehandlung. **W. v. Brunn** (Marburg).

33) **R. Graf.** Zwei Fälle von Echinokokkus mit seltener Lokalisation.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 34.)

Im ersten Falle, der einen 51 jährigen Mann betraf, handelte es sich um das Rezidiv eines Echinokokkus des Oberschenkels (vor 9 Jahren erstmalige Operation), im zweiten war der Sitz des Echinokokkus am Halse der 36 jährigen Pat. gelegen, der Wand der Trachea fest ansitzend. **Hübener** (Dresden).

34) **V. Mahar.** Note sur un cas d'angiome musculaire.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris LXXIX. ann. 6. sér. Nr. 1.)

Die eigenartige Beobachtung betrifft den Pron. quadrat. einer 42 jährigen Frau, welcher im Verlaufe von etwa zwei Jahren angiomatöse Umbildung unter lebhaften Schmerzen erfahren hatte. Tiefer Sitz, Härte und radioskopischer Befund ließen eine Knochengeschwulst diagnostizieren. Die Abtragung derselben gelang verhältnismäßig leicht. **Christel** (Metz).

35) **W. Kopfstein.** Kasuistik seltener Geschwülste.

(Časopis lékařů českých 1904. Nr. 36—41.)

1) Angeborenes Angiomyxofibrosarkom. Fünf Tage altes, gut entwickeltes Kind, gesunde Mutter, normale Geburt. Walnußgroße, breitbasig aufsitzende, kuglige, glatte, elastische, nicht zusammendrückbare, nicht pulsierende Geschwulst mit verdünnter, dunkelroter, geschwüriger Haut. Abtragung mittels Durchschneidung des Stieles. Nach einem Jahre kein Rezidiv. (Abbildung.)

2) Haematoma ossis. Achtjähriges Mädchen; zehn Monate nach einem Trauma (Steinwurf) entstand im unteren Drittel der Fibula eine fluktuierende Geschwulst mit Pergamentknistern. Der Knochen war im Bereiche der Geschwulst durch eine mit Blut gefüllte Cyste mit harter Wandung ersetzt; die Innenfläche der Cyste war glatt, mit Fibrinablagerungen bedeckt. Auskratzung, Tamponade. Nach vier Monaten Rezidiv. Exstirpation desselben und Auskratzung des Wundbodens; nach zwei Jahren kein Rezidiv. Histologisch: Sarcoma gigantocellulare.

Außerdem werden ausführlich beschrieben und z. T. abgebildet: je ein Kavernom der Subscapulargegend und des Fingers, sechs Lymphangiome, zwei branchiogene Cysten und ein Fall von multiplen Chondromen, kombiniert mit multiplen subkutanen Kavernomen. **G. Mühlstein** (Prag).

36) **S. Jellinek.** Zur klinischen Diagnose und pathologischen Anatomie des multiplen Myeloms.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXVII. p. 96.)

J. gibt eine ausführliche Krankengeschichte eines 45jährigen Pat., der ohne Ursache unter dem Bild einer Tabes — Herabsetzung der Reflexe, lancinierende Schmerzen, motorische Insuffizienz — erkrankte. Eine im Verlaufe der Krankheit auftretende große Zahl von Spontanfrakturen — befallen wurden fast alle Knochen des Skelettes — ließ die anfänglich gestellte Diagnose zweifelhaft erscheinen. Eine genaue Untersuchung des Skelettes ergab denn auch weitgehende Zerstörungen an demselben; besonders fielen eine Anzahl rundliche, mit zackiger Umrandung versehene Einsenkungen am Schädel auf. Die über diesen befindliche Haut war normal. Ähnliche Einsenkungen fanden sich an beiden Schlüsselbeinen. Das deformierte Brustbein schien in eine fibrös-knorpelige Masse umgewandelt zu sein; deutliches Pergamentknistern. Die Extremitäten, besonders die unteren, waren durch zahlreiche Frakturen stark verkürzt und verunstaltet; jede Berührung verursachte sehr starke Schmerzen. Die Röntgendurchleuchtung ließ in allen Knochen zahlreiche, meist rundliche Herde erkennen. Der Bence-Jones'sche Eiweißkörper wurde niemals nachgewiesen.

Verf. bespricht dann die differentiell-diagnostisch in Betracht kommenden Krankheitsprozesse der Knochen und gibt zum Schluß ein ausführliches Sektionsprotokoll, durch das die im Leben gestellte Diagnose bestätigt wird. Letzteres, sowie die Resultate der mikroskopischen Untersuchung und die Erörterung über die pathologisch-anatomische Stellung des Myeloms sind im Original einzusehen. Ein ausführliches Literaturverzeichnis bildet den Schluß der Arbeit.

Doering (Göttingen).

37) **De Forest Willard and Andrus.** Ostitis deformans.

(Univ. of Pennsylvania med. bulletin 1904. Oktober.)

Die 53jährige Pat. erlitt vor 5 Jahren einen Bruch des linken Oberschenkels, welcher mit leichter Verkrümmung, im übrigen normal heilte. Zu derselben Zeit bemerkte sie, daß das linke Bein allmählich kürzer wurde, und zwar infolge einer Verbiegung des Oberschenkels mit der Konvexität nach vorn außen; gleichzeitig traten Schmerzen im Oberschenkel auf, welche nach der Lumbalgegend ausstrahlten und immer mehr zunahmen. Zurzeit hält Pat. wegen der Schmerzen in der Lumbosakralgegend Wirbelsäule und Kopf nach vorn geneigt. Der ganze rechte Oberschenkel ist verdickt und durch die Verkrümmung das rechte Bein $7^1/_2$ cm kürzer; ebenso ist die rechte Tibia in ganzer Ausdehnung verdickt und leicht nach vorn gebogen, desgleichen die linke Tibia. Bewegungen im rechten Hüfgelenk eingeschränkt, der Gang erschwert und schmerzhaft. Auch am Brustkorb und den Schlüsselbeinen finden sich Andeutungen von Verdickungen und Verbiegungen.

Es handelt sich also um einen noch nicht sehr vorgeschrittenen Fall von Paget's Ostitis deformans (7 Abbildungen). **Mohr** (Bielefeld).

38) **Bloodgood.** Bone cysts. (Vortr. a. d. 55. Jahresvers. d. americ. med. assoc.)

(Journ. of the am. med. assoc. 1904. Oktober 15.)

Mitteilung einer Anzahl von Knochencysten an den Kiefern und Extremitäten und Angaben über Behandlung und Verlauf. Auch Sarkome verschiedener Art sind berücksichtigt. Von besonderem Interesse ist die Mitteilung einiger Kiefercysten epithelialer Natur (Epithéliomes adamantines) mit Abbildungen, die die monströse Entwicklung der Geschwülste (bei Negern!) zeigt. Die Krankengeschichten sind mitgeteilt. **Trapp** (Bückeburg).

39) **P. Soubeyran.** Le myxome pur des os.

(Revue de chir. XXIV. ann. No. 2 u. 4.)

Relativ häufig mit Sarkom, Enchondrom und Fibrom vergesellschaftet, ist das reine Myxom eine recht seltene Geschwulstform, und S. hat nur 6 derartige Fälle in der Literatur gefunden, deren Krankengeschichten in die Abhandlung eingeflochten sind. Es entwickelt sich vom Marke meist langer Knochen bezw. auch des Unterkiefers, vielleicht auch vom Periost aus (Cornil und Rouvier), verdünnt den Knochen, treibt ihn auf oder durchbricht ihn, ohne jedoch mit der darüberliegenden Haut in engere Beziehung zu treten. Die Entwicklung der Geschwulst ist eine langsame, schleichende und verrät sich meist nicht durch Schmerz, sondern erst durch die Schwellung.

Die Diagnose wird sich neben dem langsamen Wachstum wesentlich auf das Fehlen entzündlicher Erscheinungen — Fieber, Schmerz — und solche, die an Sarkom erinnern — Hautrötung, lokale Wärme, Pulsation, Pergamentknistern — stützen müssen. Die Durchleuchtung kann vielleicht bei cystischer Entartung Aufschluß geben; in allen Fällen wird bei schwankender Diagnose vor zu radikalem Entschluß die Probeinzision zu machen sein, und in dem austernähnlichen Aussehen der graugelben Geschwulstmasse wird man das Myxom erkennen.

Die Behandlung besteht in der Ausräumung der Massen; doch ist zu berücksichtigen, daß sowohl Rezidive als auch bösartige Umwandlung beobachtet wurde.

Christel (Metz).

40) **G. Woolsey.** A case of tumor of the spinal cord.

(Medical news 1904. Nr. 14.)

Bei einem 34jährigen Manne hatten sich innerhalb $1^1/_2$ Jahren die Symptome einer Rückenmarksgeschwulst entwickelt. Den Anfang machten Schwäche des linken Armes und Gürtelgefühl um die Brust. Nach weiteren sensiblen Reizerscheinungen, wie Neuralgie und Parästhesie beider Hände, vornehmlich aber der linken, stellte sich atrophische Lähmung mit aufgehobenem Muskelgefühl an der linken oberen Extremität ein. Dazu gesellten sich spastische Paralyse der linken unteren Extremität mit gesteigertem Patellarreflex und deutlichem Babinskischem Phänomen. Die rechte Seite bot Parästhesie an den Zehen und Sensibilitätsstörung bis zum V. Brustsegment. Über dem Dorn des V. Brustwirbels, sowie über dem des VI. Halswirbels war eine schmale hyperästhetische Zone. Rückwärtsbeugungen des Kopfes verursachten heftige Nackenschmerzen. Die ausgedehnten Wurzelsymptome ließen auf eine extradurale Geschwulst schließen, deren Sitz in die Höhe des VI. Halswirbels verlegt wurde.

Die Laminektomie des IV. bis inkl. VII. Halswirbels ergab extradural keine Geschwulst. Nach Eröffnen der Dura, wobei durch einen Tampon dem Abfließen von Liquor cerebrospinalis Einhalt geboten wurde, fühlte man in der Höhe des VI. Halswirbelbogens an der linken Seite des Rückenmarkes eine Resistenz. Beim weiteren Vorgehen präsentierte sich eine blutreiche, derbe, ungefähr haselnußgroße Geschwulst, die mit der Innenfläche der Dura verwachsen war und das Rückenmark von der Seite und von vorn her komprimierte. Sie ließ sich aus ihrer pialen Kapsel herausschälen, wobei aber zwei hintere Nervenwurzeln durchtrennt werden mußten. Die Dura wurde vernäht.

Die Wunde heilte per primam. Das mikroskopische Bild der Geschwulst stellte ein Endotheliom dar. Nach der zweiten Woche gingen die spastischen Lähmungen der linken unteren Extremität zurück. Einen Monat später konnte der Kranke ohne Hilfe im Zimmer mit allerdings etwas spastisch-paretischem Gang umhergehen. Nach 7 Monaten waren noch Störung des Muskelgefühls in der linken oberen Extremität, sowie Parästhesie — letztere aber nur ganz gering — vorhanden, während sich die Motilität bedeutend gebessert hatte und z. Z. immer noch Fortschritte macht.

Die Tatsache, daß die Geschwulst immer zu tief lokalisiert wird, führt der Verf. darauf zurück, daß einmal Anastomosen unter den einzelnen Nervenwurzeln

bestehen und andererseits die zuleitenden Bahnen erst eine Strecke weit in der weißen Substanz verlaufen, bevor sie in die graue Substanz eintreten.

Hofmann (Freiburg i. Br.).

41) **Munro.** Laminectomy.

(Vortrag a. d. 55. Jahresvers. d. Amer. med. assoc.)

(Journ. of the amer. med. assoc. 1904. Oktober 22.)

Die letzten Jahre haben eine Anzahl günstig verlaufener Fälle von Wirbelbrüchen, bei denen Laminektomie gemacht war, beobachten lassen. M. hat im ganzen gefunden, daß die Ergebnisse der Operation günstigere geworden sind, besonders bei Halswirbel- und hochsitzenden Brustwirbelbrüchen. Selbst bei chronischer Kompression kann noch Besserung eintreten. Ferner sind häufig noch unverletzte Nervenbahnen im Rückenmark vorhanden, trotz der klinischen Erscheinungen voller Querschnittsdurchtrennung, und auf keinen Fall, seiner Ansicht nach, erhöht man die Leiden eines solchen von Querschnittsdurchtrennung betroffenen Unglücklichen, wenn man die Operation vornimmt.

Krankengeschichten. Bei fünf frischen Brüchen von Hals- und Brustwirbeln wurden keine nennenswerten Erfolge erzielt, obwohl bei allen Betroffenen noch die Leitungsfähigkeit erhalten war. Es fanden sich Blutergüsse im periduralen Fett, Flüssigkeitsansammlung im Duralsack. Nach der Operation trat einige Male eine geringe Besserung in Beweglichkeit und Gefühl auf, aber Dekubitus und Nierenbeckeneiterungen führten, wie gewöhnlich, in wenigen Wochen zum Tode. — Veraltete Frakturen: 14jähr. Knabe. Bruch durch direkten Fall auf den Nacken, VII. Halswirbel gebrochen. Keine Behandlung. Nach dem Unfall teilweise atrophische Lähmung von Vorderarm- und Handmuskeln, spastische Lähmungen der Beine mit erhaltener Sensibilität und Reflexen. VII. Hals- und I. Brustwirbelbogen entfernt; ein Sack aus Arachnoidea, mit Flüssigkeit gefüllt, drückte auf das Rückenmark. Nach Entfernung trat langsam Besserung ein, die nach 9 Monaten soweit ging, daß Pat. völlig normale Beweglichkeit aller Extremitäten hatte; nur geringe Atrophie der Vorderarmstrecker blieb zurück. — Pachymeningitis cervicalis bei 40jähr. Manne. Mannigfaltige, wechselnde Bewegungs- und Gefühlsstörungen in den oberen Gliedmaßen und den Nackenmuskeln. V. und VI. Halswirbelbogen entfernt. Die Dura war mit Flüssigkeit unter hohem Drucke gefüllt, Verwachsungen zwischen ihr und Pia, die mit Sonde gelöst wurden. Zunehmende Besserung in Beweglichkeit und Gefühl. — Durchtrennung hinterer Wurzeln wegen Neuritis. 1) Durch Eisenbahnunfall am linken Arm völlig gelähmter Mann mit sehr erheblichen neuritischen Beschwerden. IV.—VI. Halswirbelbogen entfernt, die 7., 6. und 5. hintere Wurzel dicht am Rückenmark durchschnitten. Die Schmerzen im Arme waren dauernd beseitigt, dagegen trat unvollständige Brown-Sequard-sche Lähmung und Schmerzen im Nacken auf. Der Arm wurde später amputiert. 2) 29jähr. Mann, dem wegen schwerer Verbrennung 9 Monate vorher der rechte Arm amputiert war. Wegen Neuromen mehrfach nachoperiert ohne Erfolg. Nach Abtragung des V.—VII. Halswirbelbogens wurde die 6. bis 8. hintere Wurzel durchtrennt. Die Schmerzen schwanden zum größten Teil. 3 Monate später Paraplegie beider Beine, erneute Schmerzen im Armstumpf. Bei erneuter Operation in der alten Narbe fanden sich Verwachsungen am Rückenmark und ein erhaltener Nervenstrang. Nach Befreiung des Markes und Durchtrennung des Nerven wurde nach Zwischenschaltung von feiner Silberfolie die Dura über dem Rückenmark vernäht. In der nächsten Zeit trat keine Besserung ein. — Myelom der Wirbelsäule. 39jähr. Mann. Die Erkrankung begann mit Schmerzen zwischen den Schulterblättern, später trat Ataxie und spastische Parese der Beine auf; auch geringe Par- und Anästhesien an Rumpf und unteren Gliedmaßen kamen später hinzu, die Kniereflexe waren gesteigert. Die Diagnose wurde auf Rückenmarkskompression durch Geschwulst gestellt. Bei der Operation wurde der I. bis IV. Rückenwirbelbogen entfernt, wobei der IV. in seiner linken Hälfte verdünnt, bläulich, mit breiigem, rötlich-grauem Gewebe angefüllt gefunden wurde. Gleiche Massen ließen sich nach vorne verfolgen, zur linken Seite des Wirbelkörpers, welcher sich rauh und beweglich zeigte. Die Geschwulstmassen drückten von vorn her

gegen das mit unveränderter Dura überzogene Mark. Ausschabung soweit möglich. Kurz nach der Operation bestand Paraplegie beider Beine, die aber schnell völlig verschwand. Die früheren Beschwerden schwanden allmählich unter Nachbehandlung mit Knochenmark und Coley's Serum (?). Inzwischen traten an verschiedenen Rippen kleine Geschwülste und Spontanfrakturen auf, ohne daß weitere Verbreitung eintrat. An der Wirbelsäule kein Rezidiv, nur Kyphosenbildung durch Zusammensinken des ausgelöffelten Wirbelkörpers. **Trapp** (Bückeburg).

42) **Edington.** Imperfectly descended testicle, with tuberculosis of processus vaginalis.

(Glasgow med. journ. 1904. November.)

Bei Operation einer angeborenen Hernie eines sonst völlig gesunden 12jährigen Jungen erwies sich der Bruchsack ebenso wie die Oberfläche des retinierten und mitentfernten Hodens mit miliaren Tuberkeln bedeckt. Für das Vorhandensein einer allgemeinen Tuberkulose des Bauchfelles fehlte jeder klinische Anhaltspunkt.

W. v. Brunn (Marburg).

43) **Edington.** Strangulation of testicle from torsion of a pedunculated mesorchium.

(Glasgow med. journ. 1904. November.)

Hoden und Nebenhoden waren durch ein Mesorchium an die Tunica vaginalis angeheftet. Durch Torsion dieses Mesorchiums kam es zur Strangulation des Hodens bei dem 9 Monate alten Kinde. Exstirpation. Heilung.

W. v. Brunn (Marburg).

44) **M. Patel.** Rupture de varicocèle; hydro-hématocèle concomitante.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1904. Nr. 20.)

Verf. berichtet über einen 57jährigen Kranken, der seit sehr langer Zeit eine große linksseitige Hydrokele hatte, die ihm aber keinerlei Beschwerden machte. Seit einem Jahre beträchtliche Vergrößerung; die Untersuchung ergab außer der Hydrokele noch eine starke Varikokele. Unter einem eigentümlichen Gefühle von Schwere kam es plötzlich zu einer ödematösen, bläulichen Infiltration der unteren Partie des Hodensackes; der Samenstrang bildete eine verdickte, leicht krepitierende Masse; die Hydrokele war nicht mehr vollkommen transparent. Die Diagnose wurde auf Ruptur der Hydrokele gestellt; die Operation ergab aber, daß eine oder mehrere Venen der Varikokele geborsten waren, und daß sich eine Hydrohämatokele gebildet hatte. Entleerung der Blutgerinnsel, Unterbindung der blutenden Gefäße; Radikaloperation der Hydrokele; Heilung. **Paul Wagner** (Leipzig).

45) **Young.** Case of sarcoma of nine years' duration.

(Glasgow med. journal 1904. November. p. 372.)

Eine 38jährige Frau wurde 1894 wegen einer Eierstockgeschwulst der linken Seite operiert. 1895 hatte sie eine Geschwulst der rechten Unterbauchgegend, die den rechten M. rectus durchwachsen hatte, mikroskopisch sich als Spindelzellensarkom erwies und schon damals inoperabel war. Die Hauptmasse der Geschwulst ging dann spontan zugrunde, doch wuchs sie nach oben zu weiter und bildet jetzt eine große Geschwulst am linken Rippenbogen. Der Allgemeinzustand der Frau ist ein guter, die Lymphdrüsen der linken Achsel sind jetzt vergrößert, doch sind Veränderungen innerer Organe nicht nachweisbar. **W. v. Brunn** (Marburg).

46) **O. E. Schulz.** Über einen Fall von angeborenem Defekt der Thoraxmuskulatur mit einer Verbildung der gleichseitigen oberen Extremität.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 33.)

Völliges Fehlen des sterno-kostalen Anteils des M. pectoralis major. Pectoralis minor teilweise erhalten. Hochstand der rechten Spina scapulae. Der untere An-

teil des M. cucullaris fehlt. An den Oberarm setzt sich ein rudimentäres Gebilde, der Hand entsprechend, ohne Gelenkverbindung an. Das Röntgenbild ist folgendermaßen zu deuten. An den nicht sehr deformen Humerus lagert sich ein länglicher Knochen an, der mit dem proximalen Fortsatze zusammen als Ulna zu deuten wäre, während zugleich das distale Ulnastück, Carpus und Metacarpus und zum Teil die Phalangen zu einem gemeinsamen Stück verschmolzen sind. Der Radius fehlt, ist nur durch einen Vorsprung am Humerus angedeutet. **Hübener** (Dresden).

47) **W. Kopfstein.** Kongenitaler Defekt der Brustmuskeln.

(Časopis lékařů českých 1904. p. 1197.)

Die kongenitalen Defekte der Brustmuskeln teilt K. in zwei Gruppen ein. Bei den Fällen der ersten Gruppe besteht eine Hautfalte zwischen Brustwand und Innenfläche des Oberarmes mit lockerem Bindegewebe, Venennetzen und einer Sehne, die manchmal Muskelfasern enthält, im freien Hautrande; ferner erschwerte Beweglichkeit im Schultergelenk. Diese Fälle werden durch die Operation gebessert. (Siehe des Autors Fall, ref. in diesem Blatte 1902.) — Die Fälle der zweiten Gruppe verursachen in der Regel keine Störungen und werden nur zufällig entdeckt. Hierher gehört der folgende, allerdings vom Typus etwas abweichende Fall des Autors:

9jähriger, sonst vollkommen gesunder Knabe, bei dem der Turnlehrer eine mangelhafte Beweglichkeit der linken Schulter konstatierte. Es fehlte der sternokostale Teil des M. pectoralis major und der M. pectoralis minor der linken Seite, die infolgedessen abgeflacht war; die linke Brustwarze stand höher als rechts, in ihrer Umgebung und in der viel flacheren Axilla fehlte die Behaarung; der M. deltoideus, biceps und triceps waren mangelhaft entwickelt (Umfang des linken Oberarmes um 4 cm kleiner als rechts), und der linke Oberarm war um 3 cm kürzer als der rechte. Infolge dieser Komplikationen war ausnahmsweise die aktive Beweglichkeit im Schultergelenk (besonders Abduktion und Elevation) und die Energie bei Flexion und Extension im Kubitalgelenk beschränkt. **G. Mühlstein** (Prag).

48) **A. Conor.** Tuberculose de la clavicule.

(Gaz. des hôpitaux 1904. Nr. 105.)

Unter 16 Pat. mit Schlüsselbeintuberkulose fand C. sieben, bei denen ausschließlich das Schlüsselbein Sitz der tuberkulösen Infektion war. Zu denen gehört auch der von ihm beobachtete Fall:

Nach mehrtägigem Unbehagen in der linken Schulter klagte der 13jährige, sonst durchaus gesunde Pat. eines Abends über lebhafte Schmerzen am sternalen Ende des linken Schlüsselbeines. Ödem, beständig wachsende Schwellung, Fieber. Nach 14 Tagen wurde inzidiert, nach weiteren 9 Tagen nekrotomiert; typische Granulationen wurden entfernt und 4 cm der Diaphyse reseziert. Nach $2^1/_2$ Monaten wurde Pat. geheilt entlassen.

Der Tierversuch lieferte den Beweis, daß Tuberkulose vorgelegen hatte.

V. E. Mertens (Breslau).

49) **Summa.** Verletzung der A. subclavia durch Zerrung mit Zerreißung des Plexus brachialis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIII. p. 561.)

Die im Hamburger Hafenkrankenhause beobachtete Verletzung entstand dadurch, daß dem Pat., einem Matrosen, bei der Arbeit an der Wünsche der rechte Ärmel von der Trosse erfaßt und mit großer Gewalt und Plötzlichkeit bis zum Schultergürtel zwischen Trosse und Welle gezogen war. Der ziemlich kollabierte Pat. hatte außer einer Ellbogenverrenkung eine mächtige Wunde in der Achselhöhle ohne besonderen Bluterguß; doch zeigte sich die bei der ersten Wundversorgung sichtbare Achselarterie blutleer und nicht pulsierend; Anästhesie und motorische Lähmung der Extremität. Bei einer zweiten Wundrevision, 3 Stunden später, findet man die Subclavia bis zur Mitte des Schlüsselbeines normal stark und pul-

sierend, dann verjüngt sie sich in einen stricknadeldicken Strang, der sich 2 cm weit verfolgen läßt, bis er im Gewebe verschwindet. Am nächsten Tage wegen beginnender Gangrän Exartikulation in der Schulter, doch erliegt Pat. an Herzschwäche (Folge der drei rasch hintereinander erforderlichen Narkosen?). Am Gefäßpräparate zeigt sich, daß der dünne Strang, in den die Arterie überging, nur aus der Adventitia bestand; der Brachialplexus war, wie schon im Leben erkannt, völlig durchrissen. Zweifellos entstanden die Zerreißungen wesentlich durch den übermäßigen Zug an dem Gliede. Möglich ist aber auch, daß ein gleichzeitig vorhandener Schlüsselbeinbruch mitwirkte: das mediale Knochenfragment kann vielleicht durch Druck gegen die 1. Rippe auch mit geschädigt haben. Das Arterienpräparat ist im Original abgebildet. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

50) **M. Hofmann.** Über subkutane Ausreißung der Sehne des langen Bicepskopfes an der Tuberositas supraglenoidalis und sekundäre Naht.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 33.)

Mitteilung eines in der v. Hacker'schen Klinik operativ behandelten Falles, bei welchem besonders der in Abbildung vorgeführte Operationsbefund von Interesse ist (8 Wochen nach der Verletzung). Es bildete nämlich die ausgerissene Sehne eine Schleife in der Art, daß ihr oberes Ende neben ihr unteres (Übergang in Muskelgewebe) zu liegen kam, so daß die von der Sehne gebildeten beiden Schenkel der Schleife parallel nebeneinander lagen. Der Scheitel lag in Höhe und neben dem Deltoidesansatze. Die Sehne wurde 4 cm über ihrem Übergang in den Muskelbruch durchtrennt und an die Sehne des M. pectoralis minor hart am Knochen angeheftet, ebenso die aus dem Sulcus intertubercularis hervortretende schwartige Sehnenhülle an die laterale Seite des an dieser Stelle fibrösen langen Bicepskopfes. Völlige, auch funktionelle, Heilung.

Trotz der hohen Abrißstelle fehlte hier, worauf ausdrücklich hingewiesen wird, das Pagenstecher'sche Symptom. **Hübener** (Dresden).

51) **B. Hahn.** Zwei Fälle von subkutaner Zerreißung des M. biceps brachii.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 28.)

Der erste (57jähriger Mann) der beiden in der Lotheissen'schen Abteilung im Lauf eines Jahres unter 78 Oberarmverletzungen beobachteten Fälle gehört in die zahlreichere Gruppe von Rupturen der Sehne des langen Kopfes und kam erst 6 Monate nach der Verletzung zur Operation, welche die vorher auf Grund des Fehlens des Pagenstecher'schen Symptoms (bei hochsitzender Sehnenzerreißung ist eine Subluxation des Humeruskopfes nach oben und vorn vorhanden) gestellte Diagnose der Abreißung der Sehne am Muskelansatze bestätigte.

Der zweite Fall (61jähriger Mann) betraf die Ruptur des Muskels am unteren Ende: Abflachung in der unteren Hälfte des Oberarmes und Lageveränderung der gesamten Muskelmasse des Biceps, der nach aufwärts zusammengeschoben erschien. Bei der Operation fand man, daß die Muskelfasern des Biceps sich von der Aponeurose losgelöst hatten und so gleichsam am Oberarme hinaufgerutscht waren, während die Aponeurose selbst erhalten blieb und narbig verdickt als die tastbare, zipfelartige Fortsetzung die Verbindung zwischen Sehne und dem verschobenen Muskel aufrecht erhielt. **Hübener** (Dresden).

52) **Bardenheuer und Teinen.** Ein Beitrag zur Pseudarthrosenbehandlung des Humerus.

(Festschrift zur Eröffnung der Akademie für prakt. Medizin in Köln.)

B. erkennt als einzige (? Ref.) Ursache der Pseudarthrosenbildung bei Frakturen die schlechte Stellung der Bruchstücke an, da es hierzu bei seiner Extensionsbehandlung der Knochenbrüche, die eine gute Stellung der Bruchenden gewährleiste, nie komme. In einem zunächst anderwärts behandelten Falle von Oberarmbruch bei einem 52jährigen, sehr schwächlichen Manne, bei dem die Bruchenden spitz

ausliefen und eine einfache Knochennaht keine sichere Konsolidation versprach, transplantierte B. nach dem Vorgange Scheuer's ein 6 cm langes Stück der samt Periost, Muskulatur und Haut gestielt eingesetzten 3. Rippe auf die durch Drahtnaht vereinigten Bruchstücke. Nach monatelanger Fixation feste knöcherne Vereinigung.

Müller (Dresden).

53) **H. Morestin.** Fusion congénitale des os de l'avant bras à leur partie supérieure.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris LXXIX. ann. 6. sér. Nr. 1.)

Ähnliche Fälle sind bisher vier publiziert; doch hatte sich bisher keiner für chirurgische Behandlung geeignet. Es handelt sich um eine 19jährige Waise; der linke Vorderarm ist schwächer, etwas kürzer und wird in unveränderlicher starker Pronation gehalten. Doch läßt sich im unteren (Radiokarpalgelenk) Abschnitte des Vorderarmes eine geringe Beweglichkeit erkennen; die des Ellbogengelenkes war — soweit sie Humerus und Ulna betraf — normal. Die Radioskopie ergab nichts Wesentliches außer Verbreiterung des zentralen, etwas verkrümmten Speichenendes und Trommelschlägelform desselben.

Die Operation bestand in Entfernung des Radiusköpfchens, das mit dem Oberarme keinerlei gelenkige Verbindung hatte, und der Resektion einer 2,5 cm langen Knochenbrücke zwischen Radius und Ulna. Die Weichteilverbindungen waren jedoch so fest, daß sie die Supination außerordentlich hemmten. Trotzdem erreichte M. durch sofort nach primärer Wundheilung begonnene Bewegungen eine Bewegungsfreiheit innerhalb 80°, so daß der Daumen immerhin bei äußerster Supination nach außen zeigt.

Christel (Metz).

54) **Bardenheuer** und **Eller.** Ein Fall von irreponibler Zeigefingerluxation im Metakarpophalangealgelenke mit Interposition eines Sesambeines.

(Festschrift zur Eröffnung der Akademie für prakt. Medizin in Köln.)

Völlige funktionelle Heilung durch operativen Eingriff.

Müller (Dresden).

55) **Dunin.** Chronische Eiterung auf den Fingern mit Bildung von kohlensauren Konkrementen.

(Gaz. lekarska 1904. Nr. 48.)

D. beschreibt zwei Fälle von Fingereiterung bei einer 54 resp. 40 Jahre alten Frau. Auf den Fingerspitzen bildeten sich weiße Punkte, aus welchen nach einigen Tagen kleine weiße Körnchen herausfielen oder unter der Haut in Form von harten gelblichen Knötchen zu fühlen waren. Verf. hielt es für gichtische Auflagerungen, empfahl der Kranken Karlsbad, wo sie 2 Jahre hindurch ohne Erfolg war. Er punktierte nun die harten Stellen, und es entleerte sich ein kleiner Eitertropfen, welcher kohlensaure Konkremente enthielt; auch die Körnchen bestanden aus kohlensaurem Kalk. Wildbolz beschrieb im Archiv für Dermatologie u. Syphilis einen ähnlichen Fall bei einer 57 Jahre alten Frau (Bd. LXX Hft. 3: Über Bildung von phosphorsauren und kohlensauren Konkrementen in Haut und Unterhautgewebe).

Bogdanik (Krakau).

56) **B. Niederle.** Luxatio femoris subglenoidalis s. infracotyloidea.

(Sborník klinický Bd. V. p. 431.)

Zu den 19 aus der Literatur des vorigen Jahrhunderts gesammelten Fällen fügt N. einen neuen, genau beobachteten, typischen Fall der genannten Verrenkung hinzu. Vom praktischen Standpunkte kommen nur zwei Arten derselben in Betracht: 1) die Verrenkung direkt nach unten; der Schenkelkopf steht am Tuber ischii, dem tiefsten Punkte, bis zu dem der Schenkelkopf bei unversehrtem Lig. ileo-femorale überhaupt hinabsteigen kann; daher erreicht hier die Flexion den

höchsten Grad. Eine andere Abweichung der Stellung kommt hier nicht vor. Diese Form ist sehr selten. 2) Verrenkung nach unten und innen (aber nicht bis zum Foramen ovale oder Damm). Symptome: Flexion, Abduktion und Rotation nach außen. Diese Fälle sind die häufigsten; hierher gehört auch der vom Autor beschriebene Fall aus der Klinik von † Maydl.

10jähriger Knabe; Sturz aus einer Höhe von 3 m. Mäßige Flexion, Abduktion im rechten Winkel, hochgradige Rotation nach außen (eine Photographie, zwei Skiagramme). Reposition in Narkose am 3. Tage gelingt spielend durch einfachen Zug in der Richtung der Flexion. **G. Mühlstein** (Prag).

57) **Lafoy.** Fractures spontanées du tibia et du fémur.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris LXXIX. ann. 6. sér. Nr. 1.)

Junges Mädchen — 22 Jahre — verspürt im Gehen plötzlichen Schmerz im rechten Unterschenkel; sie kann noch nach Hause gehen, wird dann 3 Monate lang wegen »Phlebitis« behandelt; erst im Spitale Necker's wird die Diagnose auf spontane Fraktur der Tibia gestellt. Keratitis interstitialis im 12. Jahre, charakteristische Zahnbildung, höckerige Gestalt der Tibia lassen Syphilis hereditaria als wahrscheinliche Ursache erkennen. Entsprechende Therapie vermochte jedoch keine Konsolidation zu erzielen.

Günstiger verlief die Schenkelhalsfraktur eines 32jährigen Mannes, der 1 Jahr vorher eine Spontanfraktur der rechten Oberschenkeldiaphyse erlitten hatte. Er war als Soldat einer Schmierkur unterzogen worden, doch ließ sich zurzeit nicht sicher Syphilis als die Ursache der Brüche feststellen.

Es erfolgte Heilung durch Extensionsverband. **Christel** (Metz).

58) **Ch. Lenormant et A. Desjardins.** Deux cas d'anomalie de l'artère fémorale profonde.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris LXXIX. ann. 7. sér. Nr. 2.)

Die seltene Anomalie — sie scheint erst etwa siebenmal beobachtet worden zu sein — fand sich das eine Mal rechts, das andere Mal links. Die Femoralis profunda tritt medialwärts aus der Il. ext. vor die Vena femoralis, um sich oberhalb des Eintrittes der Saphena hinter die Saphena femoralis rück- und lateralwärts zu begeben. Diese eigenartige Anordnung entbehrt nicht des chirurgischen Interesses. **Christel** (Metz).

59) **v. Aberle.** Ein Fall von fast rechtwinkligem doppelseitigen Genu valgum.

(Aus der Sitzung der k. k. Gesellsch. d. Ärzte in Wien; Sitzung vom 3. Juni 1904.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 23.)

Die außerordentlich hochgradige Valgusstellung der 17jährigen Pat. hat zur Folge, daß die Pat., um die unteren Extremitäten überhaupt zum Stehen und Gehen gebrauchen zu können, ihre Oberschenkel in maximale Außenrotation bringen muß, wobei sie die Hüftgelenke beugt und adduziert. Wenn man die Fußstellung nicht beachtet, so glaubt man eine doppelseitige Kniekontraktur vor sich zu haben. Die Knöcheldistanz, als einfachstes Maß des Genu valgum, beträgt 69 cm.

Dem einzig dastehenden Falle ist nur noch der von Krukenberg auf dem I. Orthopädenkongreß in Berlin demonstrierte an die Seite zu stellen.

Hübener (Dresden).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, **F. König,** **E. Richter,**
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 2. **Sonnabend, den 14. Januar.** **1905.**

1) **Lexer, Kaliga** und **Türk.** Untersuchungen über Knochenarterien mittels Röntgenaufnahmen injizierter Knochen und ihre Bedeutung für einzelne pathologische Vorgänge am Knochensysteme.

Berlin, **August Hirschwald**, 1904. 23 S. 22 stereoskopische Bilder, 3 Tafeln.

L. hat schon auf den zwei letzten Chirurgenkongressen über seine Versuche, mittels Skiagraphie den Verlauf der intraossalen Gefäße zu erforschen und bildlich darzustellen, gesprochen und berichtet nun über neue Ergebnisse seiner nach gleicher Richtung fortgeführten Unter-

suchungen, die er an 35 Kinderleichen und 20 amputierten Gliedern ausführen konnte. Als Injektionsflüssigkeit bewährte sich ihm am besten Quecksilber-Terpentinölverreibung, mit der ihm selbst die Füllung der feinsten makroskopisch unsichtbaren Arterienzweige gelang. Um deren dreidimensionäre Verbreitung im Knochen klar darzustellen, machte er von seinen Präparaten stereoskopische Aufnahmen nach einem neuen Verfahren (von K. und T.), verfertigte Lichtdrucke auf durchsichtigem, besonders präpariertem Papier, die denn in der Tat im Stereoskop die Gefäßverbreitung im Knochen sehr deutlich zur Darstellung bringen.

Im großen und ganzen ergeben diese nun, daß bei Neugeborenen und kleinen Kindern die Arterien der langen Röhrenknochen drei Gefäßbezirke erkennen lassen: 1) das diaphysäre Gebiet der Nutritia, die von ihrer Eintrittsstelle auf kürzestem Wege der Gegend der Knorpelfuge zustrebt, die sie aber nur ausnahmsweise erreicht; 2) den Bezirk der metaphysären Gefäße, deren Stämmchen, dem Gefäßnetze des Gelenkapparates entstammend, in der Nähe der Kapselansätze den Knochen durchbohren, sich nicht zur Diaphyse hin verzweigen, sondern gegen die Knorpelfuge hin, ja selbst wohl in die Epiphyse vordringen; 3) den Bezirk der Epiphyse, deren Gefäße an den Ansatzstellen der Gelenkknorpel und Bänder eintreten und im allgemeinen dem Knochenkerne zustreben, z. T. aber auch nach dem Gelenkknorpel und nach der Knorpelfuge abbiegen.

Erst nach und nach, mit zunehmendem Alter, verschwimmen die drei Bezirke durch immer zahlreichere Anastomosen untereinander mehr und mehr, je älter die Kinder werden. Und gleichzeitig tritt an Stelle des ziemlich geraden, mit büschelförmiger Auflösung den Knochenenden zustrebenden Verlaufes der Verzweigungen der Nutritia bei jungen Kindern ein sehr dichtes Netz feiner Gefäße mit rankenartiger Anordnung der größeren Stämmchen auf. Das Bild der Tibia eines 12jährigen Knaben gibt durch die Dunkelfärbung des durchleuchteten Knochens namentlich in dem metaphysären und epiphysären Gebiet ein sehr prägnantes Bild von dem Höhepunkte der Arterienversorgung während der Zeit des stärksten Wachstums. Gegen sie sticht die Gefäßversorgung des nicht mehr wachsenden Knochens ganz gewaltig ab durch das geringe Kaliber der Nutritia und das zart- und weitmaschige Netz ihrer Äste. Dagegen sind am erwachsenen Knochen die meisten Gefäße im Gebiete der epi- und metaphysären Arterien erhalten, welche mit den Arterien der Gelenkapparate innigst zusammenhängen, sich aber auch mit langen Ästen nach der Diaphyse zu verzweigen. — Wie an den langen Knochen beschreiben die Verff. auch ihre Ergebnisse bei den Arterien der kurzen und platten Knochen.

Vergleicht man nun diese Arterienverteilung mit dem Auftreten pathologischer Knochenherde, so ergibt sich klar — worauf experimentelle Untersuchungen seit langer Zeit hingewiesen haben —, daß bei der Entstehung der verschiedensten herdförmigen Knochenerkrankungen mechanische Ablagerungen im arteriellen System die größte

Rolle spielen. Daß der jugendliche Knochen häufig erkrankt, kommt zum großen Teile gewiß auf Rechnung seiner großen Blutfülle; und daß die Gefäßversorgung der Diaphyse beim Wachstum zurückgeht, nicht dagegen die des Gelenkes und seiner Kapsel, erklärt — wenigstens zum Teil — die Vorliebe gewisser hämatogener Erkrankungen im Alter für die Gelenke, während in der Jugend die Röhrenknochen bevorzugt sind.

Die neue Untersuchungsweise läßt noch viele Aufklärungen bei den verschiedensten Knochenerkrankungen erwarten; als ein Beispiel dafür gilt das Skiagramm eines nach einer Fraktur schnell emporgewachsenen Osteosarkoms mit injizierten Gefäßen des gesunden Knochens und seiner Neubildung. **Richter** (Breslau).

---

2) **Poncet et Leriche.** Nains d'aujourd'hui et nains d'autrefois; nanisme ancestral; achondroplasie ethnique.

(Bull. de l'acad. de méd. LXVII. Jahrg. 3. Serie. Nr. 33.)

3) Dieselben. Idem.

(Revue de chir. XXIII. Jahrg. Nr. 12.)

Neben der pathologischen Achondroplasie (Chondrodystrophie), welche charakterisiert ist durch Bestehenbleiben des Epi-Diaphysenknorpels, gibt es nach Ansicht der Verff. eine Achondroplasie ethnique, deren Folge als atavistischer Zwergwuchs in Erscheinung tritt; es seien solche Zwerge, die familiär und hereditär auftreten, als Repräsentanten zwerghafter Volksstämme zu betrachten, deren vorzeitige Existenz durch Bildwerke und Berichte sichergestellt sei. Bildnisse und Maße eines wohlgebildeten Geschwisterpaares von 117 und 120 cm Höhe veranschaulichen das Gesagte. **Christel** (Metz).

---

4) **Salvia.** L'influenza dei piccoli traumi sulla localizzazione della tubercolosi.

(Policlinico 1904. Ser. chir. Nr. 7 u. 8.)

S. injizierte bei Kaninchen virulente Tuberkelbazillen intravenös und klopfte außerdem gewisse Körperstellen täglich. Während er an der Leber eine stärkere Anhäufung von Tuberkeln an der beklopften Stelle, und eine Entstehung der Tuberkel um thrombosierte Lymphgefäße nachweisen zu können glaubt, kam an den Gelenken keine klare und charakteristische tuberkulöse Lokalisation zustande, sondern erst nach gleichzeitiger Injektion von Ammoniak auf der Synovialis. Ferner in den Rippen und den platten und spongiösen Knochen.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

5) **Monks.** Aseptic surgical technique.

(Annals of surgery 1904. Oktober.)

Verf. beschreibt die von ihm angewandte Methode der Aseptik, welche sich kurz in folgenden Punkten zusammenfassen läßt: 1) Die

lose verpackten Verbandsachen werden mit gesättigtem Dampf im Autoklaven $1/_{2}$ Stunde unter Druck von 15 Pfund, Gummihandschuhe und Salzlösungen unter einem Drucke von 10 Pfund sterilisiert. 2) Der Operationsraum ist möglichst staubfrei gehalten, die Zugluft ist vermindert, vor und nach der Operation findet eine Durchdämpfung mit Formalin statt. 3) Ein heißes Bad für den Pat. am Tage vor der Operation, Reinigen und Rasieren des Operationsfeldes. Kurz vor der Operation eine zweite Reinigung und Desinfektion mit 70%igem Alkohol. 4) Mechanische Reinigung der operierenden Hände mit Wasser, Seife und Bürste. Reinigen der Nägel, Abtrocknen im sterilen Tuche. Zweite Waschung der Hände und nachfolgende Desinfektion mit 70%igem Alkohol. 5) Instrumente werden 10 Minuten gekocht. 6) Kopfkappen und Masken werden stets bei der Operation getragen. 7) Vermeiden von Sprechen während der Operation.

Herhold (Altona).

---

6) **Harrington.** Some studies in asepsis.

(Annals of surgery 1904. Oktober.)

Verf. hat bei gelegentlichen Besuchen von Operationsräumen bemerkt, daß manche Chirurgen bezüglich der Aseptik kleinere Gefahren über- und größere unterschätzen. So ist z. B. nach seinen bakteriologischen Erfahrungen der von der Stirn des Operateurs herabtropfende Schweiß gefahrlos, weil steril, während der Wunde mehr Gefahr droht durch die beim Sprechen in dieselbe geschleuderten Speichelteilchen, welche voll von Bakterien virulenter Art sind; auch aus der Luft fallen viele Bakterien auf das Operationsfeld. Nachdem H. auf die Wichtigkeit hingewiesen hat, das Unterpersonal bei der Desinfektion zu überwachen, bespricht er die von ihm mit den gebräuchlichsten antiseptischen Lösungen bezüglich ihrer Wirkung auf Bakterien angestellten Versuche. Keines derselben vermochte den Staphylokokkus aureus durch weniger als 2 Minuten andauernder Einwirkung abzutöten. Nur 1%ige Sublimatlösung, welche auf die Hände stark ätzend wirken würde, töte den Bazillus in 20 Sekunden. Verf. stellte nun eine Mixtur her, welche sich zur Desinfektion der Hände eignet, da sie den Staphylokokkus aureus in 10 Sekunden abtötet und die Hände nicht angreift. Die Lösung hat folgende Zusammensetzung:

Commercial alcohol (94%ig)	640 ccm,
Hydrochloric. acid.	60 ccm,
Water	300 ccm,
Corrosive sublime	0,8 g.

Herhold (Altona).

---

7) Illustriertes Musterbuch der Aktiengesellschaft für Feinmechanik vormals Jetter & Scherer (Tuttlingen). 6. Ausgabe 1904. XXXVIII und 784 S.

Bei der sehr großen und von Jahr zu Jahr wachsenden Zahl von Instrumenten und Apparaten, die in der Chirurgie und den verwandten

wissenschaftlichen Disziplinen zur Verwendung kommen, ist es wünschenswert, ein gut geordnetes Abbildungswerk zu besitzen, in dem man sich leicht über die Gestalt und Zusammensetzung eines gewünschten derartigen Gegenstandes unterrichten kann. Das gestattet obiges Musterbuch, das in etwa 10000 scharfen, klaren Holzschnitten — zum großen Teil in Originalgröße — eine ungemein reiche Zahl moderner, doch auch bewährter älterer Instrumente und Apparate gibt, so weit sie in dem großen Gebiete der Medizin zur Verwendung kommen. Anatomie, Physiologie, praktische Chirurgie mit all ihren Spezialitäten sind gleichmäßig berücksichtigt und ebenso Verbände, Lagerungsapparate, Krankenwagen, Einrichtungen für Sterilisation und Desinfektion, endlich das Mobiliar für Operationssäle und zur Krankenpflege. Dazu kommt ein nach Autoren geordnetes Inhaltsverzeichnis und ein Sachregister, die gestatten, sofort das Instrument, für das man sich interessiert, den Apparat, den man sich etwa zu verschaffen wünscht, in dem Buch aufzusuchen, sie mit anderen ähnlichen zu vergleichen, event. auch sich vor Neuerfindung und Veröffentlichung eines schon bestehenden Instrumentes zu bewahren.

Es gibt kein besseres Nachschlagewerk für solche Zwecke als dieses Buch, das im ganzen 37474 Musternummern enthält.

Richter (Breslau).

---

8) **A. Bert** et **P. Vignard.** La topographie cranio-cérébrale simplifiée et le craniomètre de Krönlein.

(Revue de chir. XXIV. ann. Nr. 4.)

Nach kurzer Kritik der verschiedenen kraniometrischen Methoden zur topographischen Bestimmung des Sulc. Rolandi und der Fossa Sylvii berichten Verff. vom Ergebnis ihrer Untersuchungen, die sie zur Prüfung des Krönlein'schen Kraniometers an 25 Schädeln vorgenommen haben. Nach Anlegung des Apparates auf die rasierten Köpfe wurden den zu bestimmenden Furchen entsprechend in gleichen Distanzen Trepanationsöffnungen angelegt. Für die Sylvi'sche Furche, die besonders im oberen Teile nicht konstanten Verlauf zeigt, ergaben sich geringe Abweichungen. 14 von 25mal trafen die Trepanationsöffnungen, durch welche gefärbte Stiftchen in das Gehirn eingetrieben waren, direkt auf den Sulc. Rolandi, dreimal nach vorn, fünfmal nach hinten davon. Die Entfernung betrug höchstens den Radius der Trepankrone. Somit ist der Wert des Krönlein'schen Instrumentes zur Genüge bewiesen.

Christel (Metz).

---

9) **Gerhardt.** Über die diagnostische und therapeutische Bedeutung der Lumbalpunktion.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4 u. 5.)

G. gibt unter ausführlicher Berücksichtigung der Literatur eine vortreffliche Übersicht dessen, was die Lumbalpunktion leistet. Der diagnostische Wert der Druckverhältnisse, der Trübung, der Vermeh-

rung des Eiweißgehaltes, des Zuckergehaltes, des Cholins, der blutigen Farbe des Liquors wird besprochen. Unsichere Resultate gibt die Gefrierpunktbestimmung, sowie der vielfach für Entzündung behauptete Übertritt von Jod in den Liquor bei Jodkaliumfütterung. Viel wichtiger ist die bakteriologische Untersuchung der Punktionsflüssigkeit, und noch weitgehende Aufschlüsse sind zu erwarten vom weiteren Studium der Cytologie derselben.

Nachdem G. so den Wert der einzelnen Untersuchungsmethoden besprochen, erörtert er die diagnostische Bedeutung der Punktion für die einzelnen Krankheiten.

Der therapeutische Wert der Lumbalpunktion ist am größsten bei akuten und subakuten Fällen von seröser Meningitis der Erwachsenen und bei alter Lues mit hartnäckigen Kopfschmerzen. Geringere Aussicht bietet der chronische, erworbene und angeborene Hydrocephalus, doch ist hier der Versuch entschieden gerechtfertigt. Und dasselbe gilt von den akuten eitrigen Entzündungen, der epidemischen, der Meningitis nach Pneumonie, Typhus, Influenza. Recht gering ist die Wahrscheinlichkeit eines Nutzens bei der tuberkulösen Form und am geringsten ist sie bei Hirngeschwülsten.

Schädliche Folgen treten bisweilen als Schwindel, Kopfschmerz, Erbrechen auf. In 12 Fällen ist bisher der Tod wohl sicher als direkte Folge der Lumbalpunktionen aufzufassen; besonders soll man bei Hirngeschwülsten, zumal solchen der hinteren Schädelgrube, mit der Lumbalpunktion vorsichtig sein oder sie besser ganz vermeiden.

Haeckel (Stettin).

---

10) M. Hajek. Zur Diagnose und intranasalen chirurgischen Behandlung der Eiterung der Keilbeinhöhle und des hinteren Siebbeinlabyrinths.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XVI. p. 105.)

Ein sehr zu begrüßender Aufsatz dieses besten Kenners der schwierigen Nebenhöhlenerkrankungen! Im ersten Kapitel wird die Diagnose behandelt. Charakteristisch für die Eiterungen in der Keilbeinhöhle und in den hinteren Siebbeinzellen ist das Erscheinen von Eiter in der Rima olfactoria. Doch kann dieses Symptom nur für die Diagnose jener Erkrankungen verwendet werden, wenn nach genauer Reinigung der Rima olfactoria der Eiterabfluß sich rasch erneuert. Dann kommen vier Möglichkeiten von Erkrankungen in Betracht: 1) Empyem der Keilbeinhöhle, 2) Kombination von diesem mit Empyem der hinteren Siebbeinzellen, 3) Pyosinus der Keilbeinhöhle (d. h. es besteht keine Erkrankung der Keilbeinhöhlenwandung, der Eiter ist nur von anderswo hineingelaufen). 4) Empyem der hinteren Siebbeinzellen. Diese einzelnen Möglichkeiten werden dann eingehend erörtert, und es wird geschildert, wie der Nachweis von isolierten oder kombinierten Erkrankungen der genannten Nebenhöhlen erbracht wird. Es folgt dann das zweite Kapitel über die

Therapie dieser Affektionen. Verf. verweist auf sein über diesen Gegenstand geschriebenes Lehrbuch. Er eröffnet die vordere Keilbeinhöhlenwand mit seinem jetzt etwas verstärkten Haken und einer neuen Knochenzange, die Ref. schon mit Erfolg zu erproben Gelegenheit hatte. Doch nimmt H., um die Öffnung der Keilbeinhöhle möglichst groß zu gestalten, die mediale Wand der hinteren bezw. der sphenoidalen Siebbeinzelle fort, wodurch dann die vordere Keilbeinhöhlenwand in ihrer ganzen Breite freiliegt. Eine anatomische, durch gute Abbildungen unterstützte Betrachtung erläutert diese Verhältnisse. Darauf folgt eine genaue Schilderung des Operationsverlaufes, sowie die Bekanntgabe einiger hierhergehöriger Krankengeschichten. Zum Schluß folgt der durch eine andere Krankengeschichte erbrachte Beweis, daß auch die von Zuckerkandl beschriebenen sphenoidalen Zellen, d. h. Siebbeinzellen, die im Keilbein oberhalb der eigentlichen Keilbeinhöhle liegen, mit erkranken können, daß diese Erkrankung am Lebenden diagnostiziert und operiert werden kann. **Manasse** (Straßburg i. E.).

---

11) **E. Quénu** et **P. Sebileau.** La pharyngotomie rétrothyroidienne.

(Revue de chir. XXIV. Jahrg. Nr. 6.)

Die Methode — zweimal am Lebenden, weiterhin an der Leiche ausgebildet — besteht in einem ca. 8 cm langen Schnitt, entlang dem hinteren Rande des Schildknorpels, diesen nach oben und unten ca. 2 cm überschreitend. Nach Durchtrennung der tiefen Fascie wird der obere Zipfel des lateralen Lappens der Schilddrüse gestielt, abgebunden und nach abwärts geklappt. Jetzt kommt es darauf an, die Platte des Schildknorpels nach vorn außen anzuziehen und dadurch den Constr. phar. inf. zu spannen, worauf sich dieselbe leicht durchschneiden läßt. Der Zugang in das Racheninnere ist jetzt so groß, daß man bequem Fremdkörper aus demselben, bezw. auch aus tieferen Teilen der Speiseröhre entfernen kann. **Christel** (Metz).

---

12) **v. Frisch** und **Zuckerkandl.** Handbuch der Urologie.

Wien, **Alfred Hölder,** 1904.

Von dem Werke, das in dieser Zeitschrift bereits angekündigt und teilweise besprochen worden ist, liegen jetzt fertig vor der I. Band und die beiden ersten Teile des II. Bandes; seit der ersten Besprechung sind neu hinzugekommen: Chemie des Harnes von Prof. Mauthner, Bakteriologie des Harnes und der Harnwege von Dr. Kraus, Asepsis in der Urologie von Dr. O. Z., Untersuchungsmethoden der Harnorgane von Prof. v. F., Allgemeine Symptomenlehre von Dr. O. Z. Chirurgische Erkrankungen der Niere, des Nierenbeckens und des Harnleiters von Dr. P. Wagner, Medizinische Klinik der Krankheiten der Niere und des Nierenbeckens von Prof. S. Mannaberg.

Indem eine ausführliche Besprechung der einzelnen Abschnitte des Handbuches für seinen Abschluß vorbehalten bleibt, sei auch heute wieder einmal im allgemeinen auf dieses groß angelegte Werk hingewiesen, das einen umfassenden Überblick über den heutigen Stand der urologischen Spezialwissenschaft gewährt und durch die Fülle der darin niedergelegten Forschungen und Erfahrungen auch in den detailliertesten Fragen, die den Spezialisten interessieren, klare und ausführliche Belehrung bietet. Die Ausstattung des Werkes ist eine vorzügliche. **Willi Hirt** (Breslau).

---

13) **Lissjanski.** Beitrag zur Frage der Behandlung der impermeablen Harnröhrenstrikturen.

(Monatsberichte für Urologie Bd. IX. Hft. 10.)

Verf. empfiehlt für gewisse Fälle von impermeabler Harnröhrenstriktur die zuerst von Poncet im Jahre 1899 vorgeschlagene Urethrostomia perinealis. Man exstirpiert dabei mittels des gewöhnlichen Dammschnittes die Striktur, spaltet das zentrale Ende der Harnröhre in einer Ausdehnung von 8—10 mm und näht das zentrale Ende an die Haut mit einigen Nähten an, während das periphere Ende mittels Naht verschlossen wird. Es entsteht nach dieser Operation eine Fistel am Damm, die mit Epithel ausgekleidet ist, und die keine Neigung zeigt, sich zu verengern. Verf. empfiehlt diese Operation für die Fälle, in denen aus äußeren Gründen eine stetige systematische Bougierung und Überwachung der Pat., wie sie nach der gewöhnlichen Urethrotomie nötig ist, sich nicht ermöglichen läßt.

Die Mängel der Operation sind: 1) sie vernichtet die Zeugungsfähigkeit, da der Samen durch die Dammöffnung herausgeschleudert wird; 2) sie macht die Erektion in manchen Fällen zwar nicht unmöglich, aber schmerzhaft; 3) Pat. muß den Urin in hockender Stellung entleeren. Daher soll die Operation nur bei älteren Personen ausgeführt werden. **Willi Hirt** (Breslau).

---

14) **P. J. Freyer.** Total enucleation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ.

(Practitioner 1904. September. p. 305.)

Als Ergänzung der im Juni 1903 unter der gleichen Überschrift behandelten Arbeit, in welcher speziell die Operationstechnik der suprapubischen Prostatektomie auseinandergesetzt war, bespricht Verf. jetzt die Nachbehandlung. Direkt nach der Entfernung der Prostata soll zur Blutstillung ein Finger von der Blase, ein anderer vom Mastdarm aus die Wundfläche komprimieren, im übrigen aber jede Berührung der letzteren (durch Katheter) vermieden werden. Daher legt F. von oben her einen doppeltgefensterten Katheter etwa einen Zoll weit in die Blase ein und führt von hier zweimal täglich deren Irrigation mit Borlösung aus. Die Blase selbst wird nicht genäht, auch werden keine versenkten Nähte gelegt, sondern die Wunde durch Hautmuskel-

nähte bis auf die für das Drain nötige Öffnung geschlossen, nachdem um den Schlauch noch Jodoformgaze in das Cavum Retzii eingeführt worden ist. 4 Tage nach der Operation wird der Schlauch entfernt. Nach 9 oder 10 Tagen erfolgt statt von oben die Durchspülung der Blase von der Harnröhre aus, aber ohne Einführung eines Katheters. Werden hierdurch zu starke Schmerzen hervorgerufen, so wird nur von der suprapubischen Fistel aus gespült. Letztere schließt sich allmählich durch Granulationen. Nach 12 Tagen pflegte bereits der Harn auf natürlichem Wege sich zu entleeren. Großes Gewicht ist auch auf die tägliche Entleerung des Darmes zu legen. Fünf Abbildungen sehr großer, mit gutem Erfolg exstirpierter Vorsteherdrüsen, von denen die eine innerhalb 5 Minuten entfernt werden konnte, sind der interessanten Arbeit beigefügt. Von 107 auf diese Weise Operierten starben nur zehn, obwohl mit Ausnahme von vier sämtliche Pat. über 60 Jahre alt waren und sich vielfach nicht in guter Konstitution befanden. **Jenckel** (Göttingen).

---

15) **G. Lasio** (Mailand). Über die Regeneration der Schleimhaut der Harnblase in Beziehung zur operativen Behandlung der chronischen Cystitis.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXVIII. p. 65.)

Verf. exstirpierte Hunden die Blasenschleimhaut in verschiedener Ausdehnung; bei zwei Tieren blieben nur kleine Reste in der Umgebung der Harnleiter und der Abgangsstelle der Harnröhre stehen. In allen Fällen kam eine vollständige Regeneration der Schleimhaut zustande, und zwar umso schneller, je weniger die Submucosa mitverletzt war. In letzterem Falle war bereits nach 5—7 Tagen die Erneuerung eine vollständige. Ausdehnbarkeit und Inhaltsvermögen der Blase bleiben unversehrt. L. empfiehlt auf Grund dieser Versuche, bei schwerer chronischer Cystitis anstatt einer oberflächlichen Abkratzung der erkrankten Schleimhaut eine möglichst vollständige Entfernung derselben. Betreffs der feineren histologischen Vorgänge bei der Regeneration wird auf das Original verwiesen. **Doering** (Göttingen).

---

16) **G. Kapsammer.** Nierenchirurgie und funktionelle Diagnostik.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 28.)

K. hatte auf Grund seiner experimentellen Untersuchungen und klinischer Beobachtungen dargetan (s. d. Bl. 1904 Nr. 36), daß auch unter normalen Verhältnissen die Nieren nicht gleichmäßig sezernieren, und daß die Anwendung des Harnleiterkatheters allein die Sekretion der Nieren zu beeinflussen imstande ist. Aus dieser ungemein wichtigen Tatsache ergab sich die Frage, in welchem Grade hierdurch die einzelnen Methoden der funktionellen Nierendiagnostik beeinflußt würden, und welcher der Methoden demnach ein dauernder Wert beizumessen sei.

In der vorliegenden Arbeit nun wird das Ergebnis dieser kritischen

Sichtung gezogen unter genauer Darlegung der einzelnen in Betracht kommenden Verhältnisse und Anführung praktischer aus fremder und besonders eigener Erfahrung stammender Beispiele.

Danach ist für K. die Kryoskopie des Blutes und des Harnes nur von beschränkter Bedeutung. Wertvoll ist dagegen, abgesehen von dem einzeitigen beiderseitigen Harnleiterkatheterismus, die von Israel zu Unrecht bekämpfte Phloridzinmethode; allerdings mit einer von K. angegebenen Modifikation. Während Casper dabei nur Gewicht auf die Größe der Zuckerausscheidung legt und dieselbe nach dem Prozentgehalt mißt, will K. für die Funktionsprüfung nur auf den Zeitpunkt des Auftretens der Glykosurie achten. Auch diese Änderung des Casper'schen Verfahrens hat ihren Grund in der K.'schen reflektorischen Polyurie durch den Harnleiterkatheterismus, da bei größerer oder geringerer Harnmenge auch der Prozentgehalt an Zucker größer oder geringer sein müßte, demnach nur die tatsächlich ausgeschiedene Zuckermenge in Betracht kommen dürfte. Diese ist aber in vielen Fällen nicht zu eruieren, weil nicht immer festzustellen ist, wieviel neben jedem Katheter abgeflossen ist.

Auf Grund der experimentell gestützten Tatsache, daß, wenn bei zwei gesunden Nieren eine einseitige Polyurie auftritt, durch diese der Beginn der Glykosurie kaum beeinflußt wird, und des Umstandes, daß in Fällen, wo während der Untersuchung eine Sekretionsanomalie nicht besteht, das Auftreten der Zuckerausscheidung parallel geht mit der Größe derselben, d. h. daß da, wo der Zucker früher erscheint, auch die ausgeschiedene Menge größer bleibt und umgekehrt, verfährt K. folgendermaßen:

Subkutane Injektion von 0,01 Phloridzin in wäßriger Lösung, die kurz zuvor einige Sekunden aufgekocht hat, so daß sie noch warm ist. (Aus der kalten Lösung fällt das Phloridzin aus!) Normalerweise erscheint der Zucker 12—15 Minuten nach der Injektion. Zu dieser Zeit aufgefangenes Sekret muß also bei funktionsfähiger Niere eine prompte Zuckerreaktion geben. Tritt die Zuckerreaktion erst 20 bis 30 Minuten nach der Injektion auf, so ist die Niere in ihrer Funktionsfähigkeit wohl gestört, kann aber nach K.'s Erfahrungen die Gesamtfunktion noch übernehmen. Auftreten der Zuckerreaktion nach 30 Minuten bildet eine Kontraindikation für eine Nephrektomie.

Dies Verfahren wurde in mehr als 70 Fällen in der v. Frisch-schen Abteilung angewendet; 30 davon sind operiert, es hat nie im Stiche gelassen. Ja, in einigen Fällen hat nur die so benutzte Phloridzinmethode im Gegensatze zu den anderen Methoden die richtige Indikationsstellung gegeben.

Dieser steht an Wert nach die Indigokarminprobe, die, wesentlich besser als die ältere Methylenblauprobe, doch der Kroyskopie überlegen ist. Nach dem Vorschlage von Achard und Castaigne ist hierbei die Zeit des Auftretens im Sekret zu beachten und daraus der Schluß auf die Funktionsfähigkeit der betreffenden Niere zu ziehen. K. injizierte 0,02 g.

Zum Schluß der lesenswerten Arbeit betont K. noch folgenden Punkt: »Wir alle wissen, welch gefürchtetes Gespenst die »reflektorische Anurie« der nach Nephrektomie zurückbleibenden Niere bisher war. Ich habe die Überzeugung gewonnen, daß es eine derartige »reflektorische« Anurie nicht gibt; ich meine eine zum Tode führende reflektorische Anurie der zweiten gesunden Niere. Was bisher den Chirurgen als solches Phänomen imponiert hat, war nicht eine reflektorische Anurie einer zweiten gesunden, sondern die Insuffizienz der zweiten kranken Niere. Und vor derartigen Unglücksfällen werden uns die neuen Methoden sicher bewahren.« **Hübener** (Dresden).

---

17) **F. Legueu.** De la pyélonéphrite dans ses rapports avec la puerperalité.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1904. Nr. 19.)

In eingehender Weise bespricht Verf. die Beziehungen der Pyelonephritis zum Puerperium. Man muß hier zwei Hauptgruppen unterscheiden: Die eine betrifft die Fälle, wo die Niere schon früher erkrankt war, und Schwangerschaft und Wochenbett nur eine Verschlimmerung des Leidens hervorrufen; die andere Gruppe enthält die Fälle von Schwangerschafts- und Wochenbettspyelonephritis in einer bis dahin vollkommen gesunden Niere. Verf. berücksichtigt namentlich diese Form der Pyelonephritis, von der er 73 Fälle zusammengestellt hat, darunter 13 bisher noch nicht veröffentlichte.

Die Pyelonephritis entwickelt sich gewöhnlich innerhalb der letzten Schwangerschaftsmonate; sie ist fast stets einseitig und betrifft mit Vorliebe die rechte Seite. In der Pathogenese spielt die Kompression des Harnleiters und die dadurch bewirkte Harnretention im Nierenbecken eine große Rolle; denn hierdurch wird der Boden für eine bazilläre Infektion günstig vorbereitet. Die Bazillen — meist handelt es sich um Kolibazillen — gelangen entweder von der schon vorher infizierten Blase in die Niere oder viel häufiger auf hämatogenem Wege in die Niere und in das Nierenbecken. Klinische Erscheinungen macht die Pyelonephritis gravidarum gewöhnlich erst in den vier letzten Schwangerschaftsmonaten. Von besonderer Wichtigkeit ist der Einfluß, den die Pyelonephritis auf das Befinden der Schwangeren und der Wöchnerin, sowie auf das Kind ausübt. Während die Pyelonephritis für die Mutter verhältnismäßig gutartig ist, bedeutet sie eine Gefahr für das Kind: es kann in utero zugrunde gehen oder durch eine frühzeitige Geburt unter sehr ungünstige Lebensbedingungen gestellt werden. Die Gefahr ist um so ernster, je weniger vorgeschritten die Schwangerschaft ist.

Bezüglich der operativen Behandlung schwererer Fälle von Schwangerschaftspyelonephritis spricht sich Verf. dahin aus, daß bei doppelseitiger Erkrankung die Frühgeburt in Frage kommt, während bei einseitiger Affektion die Nephrostomie indiziert ist. Beiderlei Ein-

griffe sind natürlich nur bei schwereren Erkrankungen und nicht vor dem 7.—8. Schwangerschaftsmonate vorzunehmen.

Paul Wagner (Leipzig).

---

18) **F. Legueu.** Le rôle des vaisseaux anormaux dans la pathogénie de l'hydronéphrose.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1904. Nr. 18.)

Wenn man gelegentlich der Operation einer intermittierenden Hydronephrose das Nierenbecken oder den Harnleiter über einer Arterie oder Vene des Nierenstieles »reitend« findet, so ist eine doppelte Erklärung möglich: entweder ist die Inflexion des Harnleiters über die Arterie eine Folge der Hydronephrose oder sie ist die Ursache derselben. Man findet in der Literatur eine Reihe von Beispielen, die diese beiden Möglichkeiten illustrieren. Von besonderem Interesse sind natürlich die Fälle, in denen eine abnorm entspringende und verlaufende Nierenarterie den Harnleiter kreuzt, knickt oder komprimiert und dadurch zu einer dauernden Harnretention und Hydronephrose führt. Diese ätiologischen Verhältnisse wird man namentlich bei frischen, noch in der Entwicklung begriffenen Fällen genauer erkennen können, während bei alten, sehr voluminösen Hydronephrosen alles mehr verwischt ist.

Verf. teilt nun zunächst zwei eigene, sehr interessante Beobachtungen mit, in denen eine intermittierende Hydronephrose infolge primären Verschlusses des Harnleiters durch eine abnorm verlaufende Nierenarterie hervorgerufen wurde. Dieser Befund konnte bei der Operation ganz genau festgestellt werden. In beiden Fällen wurde durch die Entfernung der Niere Heilung erzielt. Der in dem einen Falle gemachte Versuch, die Durchgängigkeit des Harnleiters nach Resektion und Unterbindung des abnorm verlaufenden Gefäßes wieder herzustellen, mißlang.

Verf. erwähnt dann kurz noch zwei weitere hierher gehörende Beobachtungen von Picqué und Hartmann; in diesen beiden Fällen wurde durch die Resektion des komprimierenden abnormen Gefäßes und durch die operative Festlegung der Niere Heilung erzielt. Jedenfalls geht aus den bisherigen Beobachtungen mit Sicherheit hervor, daß durch das Zusammentreffen eines Gefäßes — meist handelt es sich um eine abnorm verlaufende Arterie — mit dem Harnleiter eine Hydronephrose entstehen kann. Man findet dann in solchen Fällen, in denen keine andere Ursache für die Nierenbeckenerweiterung nachzuweisen ist, an dem Harnleiter eine Art Einschnürungsfurche, die durch den Druck des abnorm verlaufenden Gefäßes hervorgebracht wird; oberhalb dieser Stelle ist der Harnleiter erweitert, unterhalb normal weit. In frischen Fällen kann durch die Unterbindung und Resektion des Gefäßes die Hydronephrose dauernd beseitigt werden.

Paul Wagner (Leipzig).

---

19) **J. A. Korteweg.** De vroeg-operatie der Niertuberculose.

(Nederl. Tijdschrift 1904. Nr. 21.)

Verf. gibt eine Übersicht über den gegenwärtigen Standpunkt der chirurgischen Behandlung der Nierentuberkulose und beantwortet bei der Indikation zu einer Frühnephrektomie die folgenden Fragen:

1) Die Ausscheidung von Tuberkelbazillen ist ein entscheidender Beweis für Tuberkulose der Harnwege.

2) Nierentuberkulose heilt ohne Operation selten spontan.

3) In vielen Fällen ist die zweite Niere nicht krank.

4) Die zweite Niere braucht nach Exstirpation der ersten nicht auch tuberkulös zu werden.

5) Die Aussicht auf Tuberkulose der zweiten Niere nimmt ab mit der Exstirpation der ersten.

Verf. meint von einer Frühnephrektomie abraten zu müssen, wenn der Urin etwas trübe ist und Tuberkelbazillen enthält; weil

1) beginnende Nierentuberkulose ohne Operation gute Aussicht zu heilen bietet;

2) die Möglichkeit, daß die zweite Niere auch schon tuberkulös ist, nicht gering angeschlagen werden darf;

3) der präventive Einfluß der frühzeitigen Exstirpation der kranken Niere auf eine eventuell ähnliche Erkrankung der anderen Niere zu problematisch ist.

Bei starken Schmerzen, Fieber, großem Eiterverlußt usw., wird man natürlich nephrektomieren. **E. H. van Leer** (Amsterdam).

---

20) **D. Taddei.** Sulle modificazioni istologiche dell' uretere dopo la nefrectomia.

(Morgagni 1904. Nr. 10.)

Verf. hat an elf Kaninchen und sieben Hunden nach Ausführung einer einseitigen Nephrektomie den Harnleiter dieser Seite unmittelbar unterhalb des Nierenbeckens oder bis zur Entfernung von vier Zentimetern vom Nierenbecken reseziert und dann entweder versenkt oder mit Catgut bezw. Seide unterbunden. Nach 2 bis 285 Tagen wurden die Tiere getötet und die Harnleiter auch mikroskopisch untersucht. Aus diesen Versuchen ergab sich, daß der Verschluß des Harnleiterendes in der Resektionslinie am schnellsten sich dann vollzog, wenn keine Ligatur angelegt wurde. Wenn der Harnleiter unterbunden wurde, bildeten sich meist mehr oder weniger große Hohlräume in der Wandung, die selbst richtige Cysten darstellen konnten. Niemals fanden sich Spuren eines Rückflusses des Urins aus der Blase in den Harnleiterstumpf. Auch die Atrophie des Harnleiterendes trat am schnellsten dann ein, wenn keine Ligatur angelegt war. Bei nicht septischer Erkrankung der Niere widerrät Verf. deshalb die Unterbindung des Harnleiters nach der Nephrektomie. Experimente, welche nach künstlicher Erregung von Eiterung der Nieren angestellt wurden, schlugen fehl, da die Tiere frühzeitig eingingen. **Dreyer** (Köln).

---

21) **C. H. Stratz.** Die rechtzeitige Erkennung des Uteruskrebses. Ein Wort an alle praktischen Ärzte.

Stuttgart, Ferdinand Enke, 1904.

Die aus einigen 50 Seiten bestehende Monographie soll eine »wünschenswerte Ergänzung« der bekannten Arbeit Winter's-Königsberg, des Vorkämpfers in der Frage der Bekämpfung des Uteruskrebses sein. »Sie soll dem Arzt in kurzer eindringlicher Form die wirksamste Waffe in dem Streite zeigen, die frühzeitige Erkennung des Gebärmutterkrebses.«

Ich glaube nicht, daß die vorliegende Arbeit des vielseitigen Verf. diese Aufgabe vollkommen erfüllt, trotz der vielen schönen mikroskopischen Abbildungen oder vielmehr gerade wegen derselben.

Was soll der in derlei Dingen ungeschulte praktische Arzt mit den differential-diagnostischen histologischen Erörterungen? Was soll der Abschnitt über die Beurteilung der Operabilität oder Nichtoperabilität des Krebses, über eine Frage, die der Fachmann oft nicht so ohne weiteres zu entscheiden vermag.

Der praktische Arzt, an den die Schrift sich wendet, der keine Spezialkenntnisse hat — und diese fehlt doch wohl heutzutage den meisten —, soll meines Erachtens immer und immer wieder darauf hingewiesen werden — nicht in teuren Monographien, die er doch nicht kauft! —, daß er einen jeden ihm nur irgendwie verdächtigen Fall, beispielsweise einen jeden Fall von Blutung, für die er keine ganz bestimmte Ursache weiß, dem Fachmanne zur Beurteilung überweist. Denn ohne den geht es ja doch nicht ab, wie auch der Verf. hervorhebt, da ja gerade die sichere Diagnose des Krebses im Initialstadium nur mit dem Mikroskop zu stellen ist. Es bleibt dann immer noch eine wichtige und dankbare Aufgabe des praktischen Arztes, aus den klinischen Symptomen die Wahrscheinlichkeitsdiagnose zu stellen. Hierzu eine möglichst einfache, klare und unkomplizierte Anleitung zu geben, das scheint mir die Aufgabe einer derartigen Publikation zu sein.

So halte ich es beispielsweise schon für bedenklich, das »höhere Alter« für die Diagosenstellung immer wieder hervorzuheben. Das steht auch in den alten Lehrbüchern. Es sollte meines Erachtens in einer solchen Monographie gerade mit Nachdruck darauf hingewiesen werden, daß das Karzinom an kein Lebensalter gebunden ist — wer viele Uteruskrebse gesehen hat, kennt die Opfer im jugendlichsten Alter von 20—30 Jahren —, damit der praktische Arzt nachher nicht die berechtigte Entschuldigung hat: bei dem Alter der Pat. konnte ich doch nicht an Krebs denken! — eine Äußerung, die man ja nicht allzu selten zu hören bekommt.

Als zweckentsprechend und gelungen ist die der Arbeit beigegebene Tafel von makroskopischen bunten Bildern beginnender Karzinome, der Erosion der Portio usw. zu bezeichnen.

Erwähnenswert, wenn auch diskutabel, ist der Standpunkt, den der Verf. in der Frage einnimmt: soll man dem Kranken gegenüber das Wort Krebs in den Mund nehmen? Verf. hält sich hierzu für berechtigt in den Fällen, in denen der messerscheuen Pat. der Entschluß zur Operation dadurch erleichtert werden könne.

Engelmann (Dortmund).

Kleinere Mitteilungen.

Amaurose nach Paraffinoplastik einer Sattelnase.

Von

W. Mintz,

Chirurg am Alt-Katharinenspital zu Moskau.

Nach Krlín (v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXIV p. 922) sind bisher zwei Fälle von Erblindung nach Paraffinoplastik der Nase in die Öffentlichkeit gedrungen. Hurd Holden erlebte eine plötzliche Amaurose des rechten Auges infolge von Embolie der Arteria centralis retinae nach der dritten Injektion von halbfestem 43.5°igen Paraffin. Im Falle von Leiser, welcher in drei Sitzungen 4.5 ccm 42°iges Paraffin einspritzte, trat bei der letzten Injektion plötzlich Amaurose des linken Auges infolge von Thrombose der Vena ophthalmica ein.

Ein weiterer, von mir beobachteter Fall sei hiermit der Öffentlichkeit übergeben:

Ich hatte der 25jährigen Pat. (Nr. 6456/1904) am 1. September 1903 in einer Sitzung eine luetische Sattelnase durch Injektion von einem Gramm 43°igen Paraffins[1] korrigiert.

Ein Jahr später erschien die Pat. zur Korrektur, da sich am unteren Rande des Paraffindepots eine Delle gebildet hatte.

Am 2. September 1904 injizierte ich der Pat. aus zwei Stichöffnungen rechts und links vom Nasenrücken, ca. $1^1/_2$ cm von der Nasenspitze entfernt, im ganzen ein Drittel Gramm 43°iges Paraffin.

3 Minuten später traten Schmerzen im linken Auge auf. Pat. konnte noch die ihr vorgehaltenen Finger zählen. Kurz darauf trat völlige Erblindung des linken Auges ein. Erbrechen. Pulsfrequenz 48.

Von ophthalmologischer Seite wurde ca. 20 Minuten nach dem Unfalle vollkommen normales Verhalten des Augapfels, des Augeninnern und der brechenden Medien bis auf eine Parese der Mm. rectus internus, inferior und des M. obliquus inferior konstatiert. Auf Grund des ophthalmoskopischen Befundes war eine Embolie der Art. centralis retinae auszuschließen. An der linken, etwas erweiterten Pupille war eine geringe sympathische Reaktion auszulösen. Visus = 0. Gegen Abend Temperatur = 37.

3. September. Ödem der Augenlider. Links: Exophthalmus, Bulbus nur nach oben und außen leicht beweglich. Augengrund ophthalmoskopisch unsichtbar. Puls 48—56. Temperatur 37—37,4.

4. September. Links: Das Ödem hat zugenommen; Chemosis conjunctivae; Trübung der Cornea. Temperatur 36,8—37,6.

5. September. Bulbus unbeweglich. Cornealtrübung stärker; Nasenrückenhaut schwarz-bläulich verfärbt (Fig. »Strichelung«). Temperatur 37—37,4.

6. September. Schmerzen im linken Bulbus geringer. Cornealtrübung und Lidödem stärker. Nasenhaut anästhetisch und analgetisch. Temperatur 37,2—37,5.

---

[1] Ich steche eine kurze dicke Nadel unter die Haut und injiziere das Paraffin erst dann, wenn aus der Nadel kein Blut austritt. Zur Vermeidung von Verbrennungsnekrosen warte ich ab, bis der Spritzeninhalt eine leichte Opaleszenz aufzuweisen beginnt.

7. September. Auf dem Nasenrücken zwei thrombosierte Bezirke (Fig., x), welche durch eine Brücke relativ gesunder Haut getrennt sind. Von hier aus zieht nach oben gegen den inneren linken Augenwinkel und die Stirn hin ein blaßblau marmorierter, unregelmäßiger Fleck (Fig.), welcher gleichfalls Analgesie und Anästhesie aufweist.

Augenbefund links statu quo. Der Bulbus ist nach oben schwach beweglich. Temperatur 37,3—37,6.

8. September. Im Bereiche der »Strichelung« (Fig.) ist die Haut nekrotisiert. Lidödem und Exophthalmus geringer. Cornea in statu quo. Temperatur 37,2 bis 37,2 und von nun ab unter 37,0. Jodkalikur.



10. September. Exophthalmus geringer; Cornea weniger trübe; Bulbus beweglicher.

11. Septbr. Aufhellung der Cornea schreitet fort; Augenbewegungen freier bis auf die Bewegung nach innen.

13. September. Iritis sinistra.

24. Septemb. Ophthalmoskopierbar!: Gleichmäßig rot injizierter Augenhintergrund. Pupille leicht getrübt.

5. Oktober. Links in der Schläfengegend wird ein »Heurteloup« appliziert.

10. Oktober. Innen und unten leichte pericorneale Injektion. Cornea durchsichtig. Auf der vorderen Linsenkapsel weiße Exsudatmassen. Synechiae posteriores. Glaskörper durchsichtiger. Augengrund hyperämisch. Visus = 0. Heurteloup.

20. Oktober. Ophthalmoskopisch Gefäße differenzierbar. In den Venen deutlich ausgesprochene Stauung.

16. November. Atrophia nervi optici. Visus = 0.

Es entstanden also im Anschluß an die Injektion von $^1/_3$ g Paraffin linksseitige Erblindung und progressive Erscheinungen einer venösen Stauung im Gebiete der Orbitalorgane und der angrenzenden Nasen-, Augenwinkel- und Stirnhaut, welche unter Zurücklassung von Ausfallserscheinungen allmählich, wenn auch nur langsam, zurückgingen.

Ich halte mich für berechtigt, den Fall folgendermaßen zu erklären. Unter dem Einfluß der Injektionsmasse entwickelte sich zunächst eine Thrombose der Venae nasales externae, welche sich per continuitatem auf das Gebiet der Vena ophthalmica inferior ausbreitete (Lähmung der Mm. rectus inferior, internus, obliquus inferior). Indem die Thrombose sich gegen das Foramen opticum ausbreitete, gerann das Blut der Vena centralis retinae (Erblindung), und alsdann setzte die Thrombose sich nach dem Hauptstamme der Vena ophthalmica und dem Plexus cavernosus fort. Dabei mußte auch das Gebiet der Vena ophthalmica superior leiden, und als Indikator dieser Zirkulationsstörungen erschienen am inneren Augenwinkel und auf der Stirn im Gebiete der Venae frontales die blaßblau marmorierten Flecke, die mit Aufhören der Stauungserscheinungen schwanden.

Im Interesse der Weiterverbreitung der Paraffinoplastik muß ich bedauern, daß ich mir keinen technischen Fehler habe zuschulden kommen lassen. Wenn also, unabhängig von unserem Können, solche Komplikationen eintreten können, so ist es unsere Pflicht, von nun ab den Pat. deren Möglichkeit vor Augen zu halten. Ich habe das nunmehr bereits 19mal getan. Zweimal bestanden die Pat. trotzdem auf der Injektion.

Dixi et salvavi animam meam!

22) Segàle. Sui limfangiomi.

(Policlinico 1904. Ser. chir. Nr. 7 u. 8.)

Ein von ihm beobachteter und operierter Fall von Lymphangiom der Leistengegend bei einem jungen Manne gibt dem Autor Gelegenheit zu einer Übersicht über die verschiedenen Ansichten der Pathologen betreffs der Genese dieser Geschwülste. Daß Pat. lange in den Tropen gelebt hatte, hätte an Filariasis denken lassen können, wenn nicht eine Schwester, die stets in der Heimat geblieben war, die gleiche Affektion gezeigt hätte. Vielmehr glaubt S. daher an angeborene Prädisposition gewisser gesondert angelegter, abgegrenzter Lymphgefäßbezirke.

Die Geschwulst bestand aus zahlreichen Hohlräumen, deren kleinste völlig unabhängig von Lymphgefäßen waren, aber deren Struktur wiederholten, mit Endothelauskleidung und glatten Muskelfasern in der bindegewebigen Wand. Dazu eine starke Wucherung der perivaskulären Elemente, welche zu Zellnestern sich herausbilden, in welchen dann wiederum Hohlraumbildung zustande kommt. Stellenweise chronisch entzündliche Prozesse. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

23) A. Nast-Kolb. Beiträge zur Hirnchirurgie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIV. p. 394.)

Über drei in der Arbeit eingehend beschriebene, von Neumann im Berliner Friedrichshain-Krankenhaus operierte Fälle hat Verf. in der Berliner Chirurgen-Vereinigung vorgetragen, und verweisen wir diesbezüglich auf das bereits in diesem Blatte p. 936 v. J. erschienene Referat. Es folgen einige Allgemeinerörterungen und eine Zusammenstellung von 84 Operationsfällen wegen Epilepsie, die seit 1899 von 43 Autoren veröffentlicht sind. Von diesen sind mindestens ein ganzes Jahr lang geheilt beobachtet 25 (29,7%); weniger als ein Jahr beobachtet, aber in dieser Zeit anfallsfrei, sind 20. Als gebessert bezeichnet werden sechs, gestorben sind fünf, ungeheilt 28. Von traumatischer Jackson'scher Epilepsie sind es 35 Fälle, von diesen geheilt 14 (40%). Zur nicht traumatischen Jackson'schen Epilepsie gehören 35 Fälle mit acht (22,8%) Heilungen. Die Horsley'sche Rindenexzision wurde 14mal ausgeführt mit fünf Heilungen (35%). Die Heilungen sind 3 bis 12 Jahre beobachtet. Diesen Zahlen stehen 15 Fälle allgemeiner Epilepsie gegenüber mit nur drei Heilungen. Von diesen waren 13 traumatischer Natur. Die traumatische Jackson-Epilepsie hat also für die operative Heilung die besten Aussichten. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

24) Gerber. Rhinogener Hirnabszeß.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XVI. p. 208.)

Verf. berichtet über einen interessanten Fall von akutem, doppelseitigem Stirnhöhlenempyem nach Influenza. Links war dasselbe gut zu diagnostizieren und wurde auch zurzeit operiert. Rechts wurde es erst einige Wochen später manifest. Es zeigte sich, trotzdem rhinoskopisch nichts nachzuweisen war, daß hier auf der rechten Seite die weitaus stärkere Affektion vorhanden war, nämlich Nekrose der vorderen und der hinteren knöchernen Stirnhöhlenwand. Von der letzteren aus war ein Stirnlappenabszeß angezeigt worden, der auch eröffnet wurde. Tod 8 Tage nach der Eröffnung. Die Schwere der Affektion, also Karies der Stirnhöhlenwände und nachfolgender Hirnabszeß, führt G. auf einen Verschluß des Ductus nasofrontalis zurück. **Manasse** (Straßburg i. E.).

25) Bardenheuer und Luxembourg. Zur operativen Behandlung der Gehirnsyphilis.

(Festschrift zur Eröffnung der Akademie für praktische Medizin in Köln.)

Verff. erörtern eingehend die Indikationen zur operativen Therapie der Gehirnlues und geben den genauen Krankheits- und Operationsbefund eines mit günstigem Erfolg operierten Falles. Die Symptome wiesen auf eine Geschwulst der rechten Hirnseite, eine genaue Ortdiagnose war nicht möglich, deshalb ging man an der Stelle der größten Empfindlichkeit des Schädeldaches — Grenzgebiet

des rechten Stirn- und Scheitelbeines — ein und entfernte aus dem vorderen Teile des unteren Scheitellappens, am Gyrus supramarginalis, zwei dicht unter der Hirnrinde gelegene pflaumen- bezw. haselnußgroße Geschwülste, die makro- und mikroskopisch das Bild der luetischen Neubildung boten. Erfolg? **Müller** (Dresden).

26) H. Haberer. Ein Fall von geheilter Verletzung des Sinus transversus.

(Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien; Sitzung vom 10. Juni 1904.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 24.)

Es handelte sich um einen 55jährigen Pat., der einen Stich gegen das Hinterhaupt erhalten hatte. Dadurch war ein kronenstückgroßes Stück der Hinterhauptsschuppe thürflügelförmig aufgebrochen. Erst nach Abheben dieses Knochenstückes mit der Kornzange dokumentierte sich die Blutung aus dem Sinus transversus durch die Schnittwunde der Dura nach außen in gewaltiger Weise. Die Blutstillung erfolgte durch Tamponade. Die Verletzung heilte ohne Komplikation.

Ein Fall von Zerreißung des Sinus longitudinalis durch Kreissäge wurde von v. Eiselsberg in Königsberg durch Tamponade ebenfalls zur Heilung gebracht.

Hübener (Dresden).

27) J. Fränkel and Ramsay. Contribution to the surgery of neurofibroma of the acustic nerve.

(Annals of surgery 1904. September.)

Das Neurofibrom des Hörnerven hat dort seinen Sitz, wo der erstere zwischen Pons und Medulla oblongata hervortritt. Es hat meistens Kirsch- bis Hühnereigröße, eine fibröse Struktur und eine dicke Kapsel, aus welcher es sich leicht ausschälen läßt. Die allgemeinen Krankheitssymptome bestehen in Kopfschmerz, Schwindel, Sehstörungen; die lokalen in Ataxie, gekreuzter Extremitätenlähmung, Lähmung des 5., 6. und 7. Gehirnnerven, Ungleichheit der Pupillen; die speziellen endlich in schweren Gehörstörungen von allmählichem Einsetzen und langsamer Entwicklung. Nach den Verff. läßt sich die Diagnose stellen und verspricht ein chirurgischer Eingriff Erfolg, da die Natur der Geschwulst gutartig ist. Es werden zwei Fälle derartiger Gehirngeschwülste geschildert; die Operation endete in beiden tödlich infolge der dabei eingetretenen Hirnverletzungen und -blutungen. Es wird daher vorgeschlagen 1) zweizeitig zu operieren und 2) die Trepanationsöffnung am Schädel zwischen Pars mastoidea und Pars petrosa anzulegen, da man von hier aus das Kleinhirn von der hinteren Fläche des Felsenbeines abhebeln und so an die Ursprungsstelle des Gehörnerven gelangen könne.

Herhold (Altona).

28) Béclère. Un cas d'épithelioma vegétant de la region temporo-maxillaire guéri par la radiothérapie.

(Soc. méd. des hôpitaux de Paris 1904. Juni 10.)

Heilung eines mikroskopisch festgestellten Epithelioms der Schläfengegend bei einem 70jährigen Manne durch Röntgenstrahlen. Da die Neubildung ohne Entzündung und ohne Gangräneszierung allmählich bis auf eine kaum sichtbare Narbe schwand, hält B. die Wirkung der Röntgenstrahlen auf bösartige Geschwülste für eine spezifische, ähnlich wie ein syphilitisches Gumma unter antiluetischer Behandlung schwindet. Kein anderes physikalisches oder chemisches Agens wirkt auf Epitheliome in derselben Weise wie die Röntgenstrahlen.

B. hat ebenfalls ein bereits zweimal nach der Operation rezidiviertes, nicht perforiertes Sarkom des Oberkiefers durch die intakte Hautdecke hindurch bestrahlt und innerhalb 7 Monaten zum Schwinden gebracht; gleichzeitig wurden subkutane Chinineinspritzungen verwendet. Die elektive und spezifische Wirkung der Röntgenstrahlen kommt also auch gegenüber Sarkomen und durch die gesunde Hautdecke, ohne sie zu schädigen, zustande. Jedoch ist zu berücksichtigen, daß die relativ langsame Entwicklung der Geschwulst die Vorbedingung für den Erfolg im vorliegenden Falle war. **Mohr** (Bielefeld).

29) **Bardenheuer und Lossen.** Leontiasis ossea.

(Festschrift zur Eröffnung der Akademie für praktische Medizin in Köln.)

Kasuistische Mitteilung eines Falles, bei dem B. einem 17jährigen Burschen den linken Oberkiefer und 4 Monate später den inzwischen auch erkrankten linken Unterkiefer resezierte. Das Antrum Highmori war völlig mit eng spongiösem Knochen erfüllt, die mikroskopische Untersuchung ergab zellreiche Bindegewebswucherung des Markes mit reger Knochenneubildung. Aus der Literatur hat Verf. 41 Fälle gefunden und 29 Krankengeschichten zusammengestellt.

Müller (Dresden).

30) **R. Stegmann.** Ein Fall von Atrophia faciei und seine kosmetische Behandlung.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 35.)

Die 20 Jahre alte Pat. mit beiderseitiger Gesichtsatrophie wurde von Gersuny mit der Vaselin-Ölmischung (1 : 4) in äußerst erfolgreicher Weise durch mehrfache Injektionen (im ganzen innerhalb 18 Tagen 4 ccm Vaseline und 17 ccm Ölvaseline (die 4 ccm Vaseline in beide Fossae caninae á 2 ccm) mit glänzendem Erfolge behandelt, der in den beigegebenen Abbildungen scharf zum Ausdruck kommt.

Hübener (Dresden).

31) **O. Kutvirt.** Sarcoma sinus frontalis.

(Sborník klinický Bd. V. p. 455.)

21jähriger Arbeiter; vor 5 Monaten Auftreten eines Knotens an der Nasenwurzel, Erschwerung der Atmung, Undurchgängigkeit einer Nasenhälfte, bohrender Schmerz in der Stirn. Status praesens: Froschähnlicher Gesichtsausdruck; schmerzlose, derbe Geschwulst der Nasenwurzel, die die Bulbi voneinander entfernt. (Photographie.) Linke Nase von einer polypartigen, höckrigen, leicht blutenden Geschwulst ausgefüllt; beide Highmorshöhlen transparent. — (Es wurde ein Teil des Polypen probeweise entfernt; während der Wundheilung wanderte ein Erysipel über die Geschwulst. Eine kurative Wirkung des Erysipels stellte sich nicht ein.) Die Geschwulst wurde exstirpiert, wobei die Dura freigelegt wurde. Bald darauf Rezidiv, das wieder entfernt wird. Tod. — Bei der Sektion fand man ein Sarkom des Os frontale, ethmoidale und des Antrum Highmori beiderseits und als Todesursache Meningitis purulenta. Ausgangspunkt der Geschwulst war der Sinus frontalis. — Histologisch stellte sie teils ein Rundzellensarkom, teils ein Spindelzellensarkom mit langen Kernen dar. **G. Mühlstein** (Prag).

32) **Bardenheuer.** Neuralgie des dritten Astes des Trigeminus geheilt durch Einlagerung desselben in Weichteile. Neurinsarkoklesis.

(Festschrift zur Eröffnung der Akademie für praktische Medizin in Köln.)

Veranlaßt durch die günstigen Ergebnisse der partiellen Resektion der Synchondrosis sacroiliaca bei schwerer Ischias — fünf derart operierte Fälle sind dauernd geheilt —, hat B. dieselbe Methode, d. i. Einbetten von durch Knochenkanäle laufenden Nerven in Weichteile nach partieller Resektion der knöchernen Kanalwandung, bei zwei Fällen von hartnäckiger Trigeminusneuralgie in Anwendung gebracht. In dem einen Falle, zweiter Ast, resezierte er die obere und untere Wand des Canalis infraorb., schloß das in der oberen Wand der Kieferhöhle entstandene Loch durch einen mit der Epidermis höhlenwärts unter den Nerv geschobenen Stirnlappen und lagerte den Nerv dadurch zwischen Lappen und Orbitalfascie. Im zweiten Falle, dritter Ast, meißelte er von der Außenfläche des Kiefers den N. mandibularis heraus — gerissen, genäht — und lagerte ihn zwischen Periost und Schleimhaut. In beiden Fällen trat dauernde Heilung ein.

Müller (Dresden).

33) **Enderlen.** Ein Beitrag zur temporären Aufklappung beider Oberkiefer nach Kocher.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIV. p. 517.)

E. bediente sich mit bestem Erfolge bei einem 10jährigen, an großer Nasen-Rachengeschwulst (Rundzellensarkom) leidenden Knaben der oben genannten

Operationsmethode, die hier als bekannt vorauszusetzen ist. Vorbereitend wurden beide Carotides ext. unterbunden und gleichzeitig geschwollene Halsdrüsen exstirpiert, die übrigens nicht infiziert waren. Bei der Durchmeißelung der Oberkiefer, oberhalb der Alveolarränder, wurden nach Payr die den Mahlzähnen entsprechenden Schleimhautpartien geschont. Die Blutstillung durch Tamponade wurde durch Suprarenin (1 : 1000) gut unterstützt. Der Operation folgte Lockerung und Verlust eines medialen Schneidezahnes, ein Übelstand, der vielleicht durch Benutzung der Gigilsäge, statt des Meißels, vermieden werden könnte. Eine hinterbliebene Insuffizienz der Gaumenmuskulatur scheint prognostisch günstig beurteilbar. Im ganzen rühmt E. die Vorzüge des Verfahrens.

Im Eingang der Arbeit vergleicht E. die sonstigen entsprechenden Operationsmethoden und gibt zum Schluß derselben ein hierauf bezügliches Literaturverzeichnis. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

34) **W. Ziegra.** Über isolierte akute Osteomyelitis der Processus spinosi.

Inaug.-Diss., Rostock, 1904.

Verf. bringt aus der Müller'schen Klinik einen hübschen kasuistischen Beitrag über zwei neue Fälle unter Berücksichtigung der Literatur. Die Diagnose schwankte bis zur operativen Autopsie zwischen Osteomyelitis und Tuberkulose mit Abszeß. Insgesamt gibt es nunmehr sieben publizierte Fälle von isolierter Nekrose der Proc. spinosi. — Von den beschriebenen Fällen endigte einer tödlich durch Pyämie, der zweite wurde geheilt. **Schmieden** (Bonn).

35) **P. Fiori.** Le lesione del vago nella chirurgia del collo.

(Policlinico. Ser. chir. 1904. Nr. 10.)

F. exstirpierte eine Rezidivgeschwulst am Halse, die mit den großen Gefäßen verwachsen war. Während er zur Ablösung derselben die Geschwulst nach vorn zog, entstand plötzlich Atemstillstand und hochgradige Verlangsamung, Unfühlbarwerden des Pulses. Beim Nachlassen des Zuges erholt sich Pat. rasch. Der rechte Vagus ist von der Geschwulst umwachsen und muß auf 2 cm reseziert werden. Mit seiner Durchschneidung werden die Atemexkursionen vorübergehend tiefer und seltener; der Puls wird hochgradig beschleunigt (70—110). Mit Catgut wurden die Nervenstümpfe genäht. Die Naht ruft keine Erscheinungen hervor. Am folgenden Tage traten noch Husten, Bradykardie, Heiserkeit hinzu. Sie verschwinden mit Entfernung des Drainrohres. Vorübergehend besteht Albuminurie. Keine Magen-Darmstörungen. Es blieben nach der Heilung eine geringe Heiserkeit und eine mäßige Pulsbeschleunigung (90—110) zurück.

Verf. weist nach, daß die beobachteten Erscheinungen mit den Resultaten der Physiologie in Einklang stehen. Die Prognose der einseitigen Vagusdurchschneidung beim Menschen scheint nach den bisherigen Erfahrungen nicht so schlimm, die Durchschneidung an sich jedenfalls ungefährlicher als die meist doch bösartigen Geschwülste, bei deren Exstirpation die Verletzung vorkam. Die Mortalität beträgt 7,1%, wobei man die meist an sich bedeutende Schwere des Eingriffes mit berücksichtigen muß.

Die Naht der Nervenstümpfe nach der Durchschneidung soll geübt werden, wenn auch die bisherigen Erfahrungen noch nicht erkennen lassen, ob eine Funktionswiederherstellung erfolgt. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

36) **Bardenheuer und Sambeth.** Zwei Fälle von Facialis-Hypoglossus-Anastomose.

(Festschrift zur Eröffnung der Akademie für praktische Medizin in Köln.)

Den 23 bisher veröffentlichten Facialis-Hypoglossus- bezw. Facialis-Accessorius-Überpfropfungen reihen Verff. zwei neue, mit gutem Erfolg operierte hinzu. In beiden Fällen war der Erfolg bald nach der Operation bemerkbar, im ersten, wo es sich um eine 16 Jahre bestehende totale Lähmung bei großem Defekte des

Facialis infolge septischer Phlegmone der linken Halsseite handelte, traten die ersten leichten Zuckungen bereits am fünften Tage ein, beim zweiten — Facialisverletzung bei Ohroperation — war bereits nach $2^1/_2$ Wochen ein recht gutes Resultat zu konstatieren. **Müller** (Dresden).

37) **K. Morian** (Essen). Ein Fall von Aneurysma spurium arteriovenosum der Carotis communis und Jugularis externa.

(Festschrift der Huyssens-Stiftung. Essen 1904.)

Das durch eine Stichverletzung erzeugte Aneurysma hatte eine Kommunikationsöffnung von 1 cm Größe zwischen beiden Gefäßen gebildet. Interessant waren nervöse Störungen durch die Verletzung, vor allem eine Sprachstörung. Letztere wurde durch die Operation (Unterbindung der zuführenden und abführenden Arterie) nur wenig gebessert, die übrigen Beschwerden blieben geringer.

Schmieden (Bonn).

38) **M. Cohn.** Erfahrungen über Serumbehandlung der Diphtherie.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4 u. 5.)

C. legt seinen Untersuchungen zugrunde die ersten 1000 Fälle von Diphtherie, welche auf der Diphtherieabteilung des städtischen Krankenhauses Moabit in Berlin mit Serum behandelt worden sind; sie fallen in die Zeit vom 1. November 1894 bis 23. August 1900. Nur solche Fälle, in denen bakteriologisch Diphtherie festgestellt wurde, sind berücksichtigt. Das Gesamtresultat ist, daß die Serumbehandlung sich als außerordentlich segensreich erwiesen hat. Nach den verschiedensten Gesichtspunkten wird das große Material statistisch von C. durcharbeitet. Aus der großen Fülle von Ergebnissen seien die folgenden als wichtigste hervorgehoben. Die glänzende Wirkung der Serumbehandlung zeigt am besten die Tatsache, daß von allen Diphtheriekindern nur 28,6% (gegen 60% in der Vorserumzeit) zur Tracheotomie kamen; von den Tracheotomierten starben nur 25,9% (gegen 71,2% früher). Je früher im Verlaufe der Erkrankung die Serumbehandlung einsetzt, desto bessere Erfolge: von den innerhalb der drei ersten Krankheitstage Gespritzten sind 9,8% gestorben, von den später Behandelten dagegen 23,5%. Bei Diphtheriefällen, die mit den Erscheinungen der Allgemeinvergiftung aufgenommen wurden, hat die Serumtherapie im Stiche gelassen. Vereinzelte Heilungen kommen jetzt wie früher vor, aber von einer Heilung durch die spezifische Therapie kann man dabei nicht sprechen. Injektionsabszesse kamen nicht mehr vor, seitdem die Injektion nicht mehr in den Oberschenkel, sondern an der Linea alba unterhalb des Nabels gemacht wird. Der bekannte Einwand der Serumgegner, daß die Epidemie im ganzen leichter geworden sei, wird mit zahlreichen Gründen widerlegt. Sehr ausführlich werden die Sektionsergebnisse der Gestorbenen kritisch verwertet und zum Beweis dafür herangezogen, daß die pathologisch-anatomischen Befunde jedenfalls nicht gegen die Serumtherapie ins Feld zu führen sind. Besonders wird betont, daß der lokale Befund an der Leiche nicht imstande ist, die Bösartigkeit der Erkrankung zu entscheiden. Die Todesfälle lassen nur zu einem geringen Teil auf ein Versagen der spezifischen Therapie schließen. **Haeckel** (Stettin).

39) **Diel.** De l'isthmectomie thyroïdienne comme traitement du goitre.

(Tribune médicale 1904. p. 549.)

Sidney Jones machte die Beobachtung, daß bei Kropf nach Resektion des Isthmus eine Atrophie der Lappen eintreten kann. Das konnte Verf. in folgenden beiden Fällen bestätigen: 1) 26jähriger Mann mit Atmungsbeschwerden infolge eines Kropfes mit großer Cyste links, nußgroßer solider Geschwulst des Isthmus und parenchymatösem, gänseeigroßem Kropf des rechten Lappens. 6 Monate nach Resektion des Isthmus und Ausschälung der Cyste war jede Spur von Vergrößerung der Schilddrüse geschwunden. 2) 44jährige Frau mit weichem parenchymatösem Kropf beider Lappen und einer härteren Geschwulst der Isthmusgegend,

keine Atembeschwerden; Resektion der mittleren Geschwulst. 11 Monate später ist nur noch der linke, kaum noch vergrößerte Lappen zu fühlen.

Ebenso wie nach teilweisen Strumektomien kann also auch nach der einfachen Isthmusresektion eine Atrophie der zurückgelassenen Teile eintreten. Für die Isthmektomie sind Kröpfe mäßiger Größe bei jüngeren Personen besonders geeignet. Die Vorzüge der Methode liegen in der Geringfügigkeit des Eingriffes, dem nur mäßigen Blutverlust und der Unmöglichkeit, den Recurrens zu verletzen. Nachteile sind die Unsicherheit, ob wirklich eine Atrophie eintritt, und die Gefahr des Rezidives. **Mohr** (Bielefeld).

40. v. **Eiselsberg.** Zirkuläre Resektion der Trachea wegen Karzinoms der Schilddrüse.

(Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien, Sitzung vom 13. Mai 1904.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 20.)

44jähriger Mann, seit dem 8. Lebensjahre an Kropf leidend, wurde im Jahre 1898 in der Klinik Albert wegen eines Kolloidkropfes strumektomiert. 1900 Rezidiv des Kropfes, 1902 wegen zunehmender Dyspnoe tiefe Tracheotomie in der Klinik von Schrötter, durch Probeexzision dabei ein Adenokarzinom der Schilddrüse konstatiert. Fortwachsen des Karzinoms durch die Luftröhre bis in die Höhe der Fistel, worauf abermals starke Dyspnoe. Januar 1904 große harte Kropfgeschwulst, welche innig die Luftröhre umklammerte. Exstirpation der Geschwulst durch v. E., wobei 4 cm der Luftröhre reseziert werden mußten. Zirkuläre Naht nach Einlegen einer Kanüle unterhalb. Die Naht dehiszierte an ihrer vorderen Hälfte, der Defekt wurde erst provisorisch durch ein Zelluloidplättchen und dann durch einen Haut-Periostlappen aus dem Brustbein gedeckt (in zwei Zeiten: 19. Februar und 5. März). Gutes Resultat, nachdem noch ein kleiner Granulationspfropf nachträglich endolaryngeal entfernt war. **Hübener** (Dresden).

41) **Goebel.** Über idiopathischen, protrahierten Priapismus.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4 u. 5.)

Bei einem 38jährigen, kräftigen Manne beobachtete G. einen fast 8 Wochen dauernden Priapismus. Die Heilung erfolgte, nachdem eine kleine Inzision eines Corpus cavernosum penis gemacht und aus derselben Blutcoagula entleert worden waren; es bestand keine wirkliche Thrombose, sondern mehr eine Eindickung des Blutes. Nach eingehender Berücksichtigung aller sonst für Priapismus ätiologisch in Betracht kommenden Erkrankungen kommt G. zu dem Resultate, daß sein Fall zur Kategorie des idiopathischen Priapismus gehört, wobei kein ursächliches Moment sich finden läßt.

G. gibt ferner einen Fall von Priapismus bei einem Leukämischen, bei dem gleichfalls mehrere Inzisionen in die Corpora cavernosa penis gemacht wurden; es entleerte sich schwarzes, übelriechendes Blut, in dem Bakterium coli in Reinkultur nachzuweisen war.

Der Priapismus beruht warscheinlich immer auf einer Thrombose der Corpora cavernosa. Hämorrhagien geben wohl meist Anlaß zur Thrombosierung; diese Blutergüsse können entstehen durch alle Krankheiten, welche dazu disponieren, wie durch Verletzungen während der Erektion. **Haeckel** (Stettin).

42) **Wilson.** Circumscribed fibrosis of the cavernous bodies of the penis.

(Buffalo med. journ. 1904. Oktober.)

W. beobachtete drei Fälle von umschriebener Verhärtung in den Corpora cavernosa des Penis. Gicht und Diabetes, die von vielen Autoren als Ursache der Erkrankung angesehen werden, waren in keinem Falle vorhanden. Zwei Pat. litten früher an Lues, bezw. Gonorrhöe, der dritte war niemals geschlechtskrank, alle hatten mehr oder weniger Schmerzen bei der Erektion; die Verhärtungen saßen einmal rechts, zweimal beiderseits oberhalb der Glans in den kavernösen Körpern,

waren knorpelhart, flach, mit scharfen Rändern. Knickung des Gliedes bei der Erektion bestand nur in einem Falle. Der Pat. mit Luesanamnese wurde durch antiluetische Behandlung völlig geheilt, der Tripperfall durch Jod intern und örtliche Massage mit Quecksilbervasogen stark gebessert, der ätiologisch unklare, anscheinend idiopathische Fall durch keinerlei Behandlung beeinflußt.

Mohr (Bielefeld).

43) **Lydston.** Contribution to the surgery of the deep urethra.
(Annals of surgery 1904. Oktober.)

I. Fall: Zerreißung einer bereits nach Gonorrhöe verengten Harnröhre durch Auffallen des Dammes auf ein Wagenrad. Resektion der zerrissenen Teile der Harnröhre und Vereinigung beider Enden durch Catgutnähte über Verweilkatheter. Heilung.

II. Fall: Zurückbleiben einer Mastdarm-Harnröhrenfistel nach Prostatektomie. Heilung durch Plastik.

III. Fall: Ebenfalls Rekto-Urethralfistel nach Prostatektomie. Hier ging jedoch der ganze Urin durch den Mastdarm, aber kein Kot — wie im Falle II — durch die Harnröhrenfistel am Damm ab. Bei dem alten Manne wurde keine Operation ausgeführt, zumal denselben der Abgang von Urin durch den Mastdarm nicht hinderte.

In Fall II und III konnte wegen starker Verwachsung der Prostata mit der Nachbarschaft nur das Morcellement, nicht die Enukleation angewandt werden. Verf. glaubt, daß der bei alten Leuten brüchige Mastdarm durch das Anziehen des in denselben eingeführten Instrumentes zum Herabdrücken der Prostata eingerissen, nicht etwa durch das Messer des Operateurs eingeschnitten sei.

Herhold (Altona).

44) **E. Patry.** Plaie pénétrante du rectum et de la vessie. Guérison.
(Revue méd. de la Suisse romande 1904. Nr. 10.)

Ein 24jähriger Pat. fällt $1^1/_2$ m hoch auf einen Werkzeugstiel, der ihm in den After dringt. Es wird ca. 4 cm über dem Sphinkter eine 3 cm lange, zerfetzte Darmwunde, mit der Blase kommunizierend, konstatiert. Der blutige Harn entleert sich vollständig aus dem Mastdarme; nebenbei gonorrhoischer Ausfluß aus der Harnröhre.

Mit Rücksicht auf die schon 24 Stunden bestehende Verletzung wird von einem operativen Eingriff abgesehen, die Darmwunde mit Dermatolgaze tamponiert, ein Verweilkatheter durch die Harnröhre in die Blase eingeführt.

Nach 10 Tagen Entferung des Tampons, kein Urin mehr aus dem Mastdarme; nach 16 Tagen ist die Darmwunde vernarbt.

Trotz der Gonorrhöe und der zeitweiligen kotigen Beimengung des Urins keine Cystitis.

Kronacher (München).

45) **W. A. Oppel.** Die Blasenrupturen vom klinischen Gesichtspunkte.
(Russisches Archiv für Chirurgie 1904. [Russisch.])

Von den drei Krankengeschichten, die O. bringt, seien hier zwei mitgeteilt:

1) Der 42jährige Pat. war vor 24 Stunden auf unbekannte Weise verunglückt und hatte seitdem nicht mehr uriniert. Die Untersuchung ergab etwas blutige Flüssigkeit in der Blase, freie Flüssigkeit im Peritoneum, tympanitischen Schall oberhalb der Symphyse. Diagnose: intraperitoneale Blasenruptur. Die sofort vorgenommene Laparotomie ergab, daß die Blase in einer Ausdehnung von 12 cm vom Scheitel bis an den Grund zerrissen war, und zwar in einer geraden Linie, die in der Nähe des Grundes sich in zwei Schenkel teilte. Durch zweireihige fortlaufende Naht, welche die Schleimhant nicht mitfaßte, wurde der Riß geschlossen, der dreieckige Zipfel am Grunde durch Tabaksbeutelnaht eingestülpt. Prüfung der Naht durch Blasenfüllung. Heilung. Etwa 4 Wochen später wurde cystoskopisch eine breite weiße Narbe im ganzen Bereiche der Naht gefunden,

während in der Gegend des eingestülpten Zipfels noch Granulationen vorhanden waren.

2) Der 28jährige Pat. war vor einer Stunde gepuffert worden. Die Untersuchung ergab stark blutigen Urin, Dämpfung und Schwellung oberhalb der Symphyse, Beckenbruch. Diagnose: extraperitoneale Blasenruptur. Bei der Laparotomie fand sich ein ca. 4 cm langer Riß rechts in der vorderen Wand der Blase. Der schon vor der Operation fast pulslose Pat. starb nach 4 Stunden.

Unbemerkt war — wie die Sektion erwies — ein zweiter Riß geblieben, der nach links und außen von der linken Harnleitermündung und nur 1 cm lang gewesen war.

V. E. Mertens (Breslau).

46) **Schloffer,** Über Blasenstein nach Pfählungsverletzung.

(Aus der wissenschaftlichen Ärztegesellschaft in Innsbruck, Sitzung vom 5. März 1904.)

Vor 1/2 Jahre Pfählung auf einen Zaunpflock mit nachfolgender Harnröhrenfistel am Damme. Andauernde Cystitis. Bei der Cystoskopie wurde ein Blasenstein gefunden, der wegen Verdachtes auf Steinbildung um einen eingepfählten Fremdkörper durch Sectio alta entfernt wurde. In der Tat fand sich im Zentrum des Steines ein Stückchen Stoff von der Hose, die Pat. damals getragen hatte.

Es stellt dieser Fall die fünfte bekannte derartige Beobachtung dar.

Hübener (Dresden).

47) **A. Le Roy des Barres.** Calcul secondaire de la vessie.

(Gaz. des hôpitaux 1904. Nr. 21.)

Die 44jährige Frau unterzog sich am 1. Februar einer Sectio alta wegen Blasenstein und wurde am 11. März völlig geheilt entlassen. Am 8. Juli erschien sie wieder mit den alten Beschwerden und einer seit ca. 10 Tagen bestehenden Fistel in der Bauchnarbe. Die Untersuchung ergab, daß ein neuer Stein in der Blase war.

In der Fistel wurde ein Seidenfaden — die Blase war mit Seide genäht worden! — gefunden, der sich aber erst bei der Operation entfernen ließ, wobei sich herausstellte, daß er zum Teil in die Blase hing und inkrustiert war. Der Stein, dessen Gewicht in trockenem Zustande 5 g betrug, bestand aus phosphorsaurer Ammonikmagnesia und hatte als Kern einen anderen Seidenfaden von jener ersten Naht, die offenbar infiziert gewesen war; ein Faden war in die Blase gefallen und hatte Anlaß zur Steinbildung gegeben, der andere schließlich zur Fistel geführt.

V. E. Mertens (Breslau).

48) **De Vlaccos** (Mitylene). Contribution à l'étude de la vaginalite séreuse chronique.

(Revue de chir. XXIV. ann. Nr. 6.)

De V. teilt zwei Fälle von Hydrocele tubercul. mit, wo die Erkrankung sicher nicht vom Hoden ausging, sondern eine primäre Infektion der Vaginalis darstellte. Dies widerspricht dem im allgemeinen bisher geltenden Dogma, daß der Entzündung des serösen Überzuges der Hoden eine solche der Drüse selbst, besonders des Nebenhodens vorausgehe. Im Anschluß daran bespricht de V. noch einige Formen abnormer Lagerung des Hodens innerhalb der Hydrokele, der Inversion des Hodens und der sog. genabelten Hydrokele, deren Vorkommen bei der Inzision berücksichtigt werden muß. Für einen Teil seiner Fälle — er verfährt eklektisch — bedient sich de V. der Bloch'schen Operationsmethode (breite Eröffnung und Abreiben der Serosa mit 20%iger Zinkchloratlösung, Naht ohne Drain). Eine zu stark veränderte, verdickte Vaginalis wird exzidiert.

Christel (Metz).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 3. Sonnabend, den 21. Januar. 1905.

Zur Technik der Gastrostomie und Jejunostomie. Ein neues und leichtes Verfahren.

Von

Dr. Joseph Arce.

Am Institut der normalen Anatomie. Erster Assistent des Prof. Decond an der Fakultät von Buenos Aires.

Wenn man eine Magen- oder Darmfistel herstellen will, um durch sie einen Kranken zu ernähren, welcher sich nicht auf natürlichem Wege ernähren soll oder kann, so muß die Operation folgende zwei Eigenschaften haben: 1) sie muß so einfach wie möglich sein; 2) sie muß eine Fistel liefern, welche nicht nur die durch sie eingeführten Nahrungsmittel, sondern auch die sich in Magen und Darm ergießenden natürlichen Sekretionen des Magens, der Leber, des Pankreas und des

Darmes zurückhält. So einfach wie nur möglich, weil diese Operationen gewöhlich bei Personen mit vollständigem organischem und funktionellem Verfall ausgeführt werden, bei welchen jede Verlängerung der Operation, die auch zu gleicher Zeit die allgemeine Narkose erfordert, in höchstem Grade schädlich, selbst todbringend sein kann.

Andererseits ist der Arzt gar nicht selten genötigt, eine solche Operation vorzunehmen, und zwar oft mit Eile, weit entfernt von jeder Hilfe und ohne andere Mitwirkung als eigene Geschicklichkeit und praktischen Sinn.

Die Fistel muß zweitens kontinent sein, weil der Ausfluß von Magensaft Entzündung der benachbarten Haut mit sich zu bringen pflegt, und was die Nahrungsmittel und die Sekretionen des Pankreas des Darmes und der Leber betrifft, so würde ihr Verlust den Zweck, den man mit dieser Operation verfolgt, vollständig vereiteln. Die Chirurgen, welche sich mit dieser Frage beschäftigt haben, haben allein die zweite Bedingung in Betracht gezogen und alle ihre Bemühungen darauf gerichtet, die Kontinenz der Fistel zu vervollkommnen.

Nur so erklärt sich die große Anzahl der angegebenen Verfahren für die Gastrostomie und für die Jejunostomie, welch letztere ja viel seltener ausgeführt worden ist. (Bis 1901 [Jeannel] sind nur 62 Beobachtungen veröffentlicht worden.) Man übertreibt nicht, wenn man die Zahl der beschriebenen Methoden auf mehr als ein Dutzend angiebt. Ich glaube aber, daß man der ersten der oben aufgestellten Bedingungen mehr Wichtigkeit beilegen sollte.

Die Verfahren von Maydl, Albert und v. Eiselsberg für die Jejunostomie und die von Touton, Sabanejeff, Frank, Witzel, Marwedel usw. für die Gastrostomie können gute Resultate geben, aber es sind verwickelte und mühsame Operationen, ja unter Umständen aus Rücksicht auf den lokalen oder allgemeinen Zustand des Kranken schwer oder gar nicht auszuführen. Sie erfüllen also nur eine der Bedingungen jeder guten Magen- oder Darmfistel.

Der Umstand nun, daß ich mich immer in Verhältnissen befunden habe, wo eine komplizierte Operation das Leben des Kranken gefährden konnte, veranlaßte mich, mich besonders mit der Bedingung zu beschäftigen, welche die anderen Autoren nicht in Betracht gezogen haben, das heißt mit der Vereinfachung des Eingriffes. Natürlich darf durch eine solche nicht die Kontinenz der Fistel ernstlich kompromittiert werden. Ich sage: ernstlich kompromittiert, weil, wenn nur gelegentlich und teilweise die Nahrungsmittel gleich nach der Einführung herausfließen, dies noch keinen größeren Nachteil verursacht, wenn nur zwischen den Mahlzeiten nichts herausfließt.

Das Verfahren, welches ich definitiv für die Magen- und Darmfisteln angenommen habe, nachdem ich es mit ausgezeichnetem Resultate bei meiner ersten Jejunostomie ausgeübt hatte, ist also das folgende:

1) Lokale Anästhesie mit Kokain. Vertikaler transmuskulärer

Bauchschnitt (Rectus abdominis), immer wenn die Operation vorausgesetzt wird. Das innere Ende des Einschnittes darf niemals bis zum Niveau des Nabels reichen. 2) Man sucht die schickliche Stelle jejunal, 20 cm vom Winkel zwischen Duodenum und Jejunum und man stellt sie der Wunde schräg gegenüber, wie in der Gastroenterostomie von Wölfler, wenn es sich um Jejunostomie handelt; dagegen einen der Cardia und der kleinen Kurvatur des Magens möglichst benachbarten Punkt, wenn die Gastrostomie ausgeführt werden soll. 3) Befestigung der Tunica seromuscularis des Darmes oder Magens, je nach dem Fall, nur an dem Bauchfell durch Knopf- oder U-Nähte mit Catgut oder feiner Seide im Umfang eines Quadratzentimeters Magen oder Jejunum, nicht mehr. 4) Fortlaufende Naht des Restes des Bauchfells und des Mesocolons, die nur eben gestattet, den Darm oder Magen so weit zu öffnen, daß ein Nélatonkatheter Nr. 18 — nicht stärker — eingeführt werden kann. 5) Naht der Haut. Die Eröffnung des Magens oder Darmes kann sogleich erfolgen oder, was ich nicht für nötig halte, 12 Stunden nachher, wenn man es vorzieht, einige Verklebungen abzuwarten, welche mit der Naht zusammen noch größere Garantie darbieten.

Um den Kranken zu ernähren, bringt man schräg und von der linken zur rechten Seite eine Sonde hinein, einige 8—10 cm tief, was dazu hilft, den Ausfluß der natürlichen Flüssigkeiten zu verhindern. Die Sonde muß langsam zurückgezogen werden, und man darf nicht mehr als 200—300 ccm Nahrungsmittel einspritzen. (Man muß die Quantität je nach dem Pat. bemessen; denn einige können mehr vertragen als andere.) Man wird damit erreichen, daß die Flüssigkeiten nicht zurückfließen. Man verabreicht dem Kranken besser oft wenig, als seltener größere Quantitäten.

Hier kurzgefaßt meine Beobachtungen:

10. Oktober 1902. Peter G., 49 Jahre alt. Krebs der Speiseröhre, auf die kleine Kurvatur des Magens und den Pförtner übergreifend. Pat. kann nicht einmal Flüssigkeit hinunterbringen. Schrägschnitt parallel dem Rippenbogen. Annähung des Jejunum nur an dem Bauchfell; Operation zweizeitig. Heilung der Wunde in 8 Tagen. Pat. überlebt die Operation 50 Tage. Tod durch septische Lungenentzündung. Weder die Nahrungsmittel noch die Galle sind je zurückgeflossen. Bei der Autopsie war der Fistelgang zwischen Haut und Darm 2 cm lang und so geformt, daß ein Rückfluß unmöglich war.

17. August 1903. Mariano C., 60 Jahre alt. Krebs der Speiseröhre. Während der letzten 2 Wochen hatte Pat. Tage, wo er nicht einmal Wasser hinunterschlucken konnte. Durch mangelnde Nahrungsaufnahme so entkräftet, daß er kaum sich aufrecht halten kann. Vertikaler transmuskulärer Einschnitt (Rectus abdominis). Einzeitige Gastrostomie unter alleiniger Benutzung des Bauchfells. Heilung der Wunde in 8 Tagen. Nach einem Monat entlassen, da Pat. sich sehr gut befindet Die Flüssigkeiten flossen nur dreimal zurück, als ich mehr als einen halben Liter einspritzen wollte; sobald der Kranke die Bauchwand zusammenzog, schloß sich der Rückfluß durch Okklusion. Später keine Nachricht von dem Kranken.

4. September 1903. Lino P., 44 Jahre alt. Krebs der Speiseröhre und des Magens. Probebauchschnitt. Es bestätigt sich die Diagnose; nebenbei findet sich noch Bauchfellkrebs und hämorrhagischer Ascites. Einzeitige Jejunostomie unter alleiniger Benutzung des Bauchfells. Heilung der Wunde in 8 Tagen. Tod nach

14 Tagen. Die letzten Tage floß ein wenig Galle zurück. Autopsie. Partielle subakute Bauchfellentzündung durch Kommunikation der Fistel mit der Peritonealhöhle. Das erklärt sich aus der gewaltigen Erschöpfung des Kranken. Bei der Autopsie löste sich die Verbindung zwischen Darm und Bauchdecken, wie wenn die Vorderseite mit Gummi angeklebt gewesen wäre. Der Prozeß der Vernarbung der Wunde war sehr gering und keine feste Vereinigung eingetreten.

4. Januar 1904. Friedrich K., 45 Jahre alt. Krebs der Speiseröhre. Transmuskuläre Gastrostomie (Rectus abdominis), alleinige Verwendung des Bauchfells. Heilung der Wunde in 7 Tagen. Die Schmerzen, welche der Kranke vor der Operation empfand, dauern an. Ich sehe mich genötigt, die Sonde außer über Nacht dauernd liegen zu lassen, da die eingespritzten Flüssigkeiten bei ihrer Entfernung wieder zurückfließen. 2 Monate nach der Operation wurde Pat. entlassen. Ende April hatte ich Nachricht von dem Kranken; er ernährt sich gut, aber es geht ihm nicht besser; er klagt über großen Schmerz, und die Haut um die Fistel herum ist ein wenig entzündet.

31. August 1904. Lorenzo L., 57 Jahre alt. Krebs der Speiseröhre. Transmuskuläre Gastrostomie (Rectus abdominis) wie in den früheren Fällen. Heilung der Wunde in 8 Tagen. Weder die Nahrungsmittel, noch der Magensaft flossen je zurück während des Monats, in welchem ich den Kranken beobachtete, und in welchem er zweimal Blutbrechen hatte. Ende September wurde er entlassen und $1^1/_2$ Monat nachher hatte ich Nachricht von ihm, in welcher er mir meldet, daß die Fistel gut funktioniere.

Wie erklären sich nun die so befriedigenden Resultate bei diesem direkten Zusammenhang zwischen Magen bezw. Darm und Bauchwand?

Ich glaube daraus, daß die Magen- resp. Darmwand nur mit dem Bauchfell eine Verbindung eingeht, die Schleimhaut dagegen nicht mit der Haut vereinigt wird, wie in der Gastrostomie von Terrier und der Jejunostomie von Surmay.

Auf diese Weise entsteht, wie ich bei der Autopsie meines ersten Falles von Jejunostomie beobachtete, ein Fistelgang, von der Länge der Bauchwanddicke (2 cm im erwähnten Falle), welcher eine kleine Öffnung in der Wand des Magens oder Darmes erreicht.

Bei solchen Verhältnissen haben die Flüssigkeiten keine Neigung, in den engen, seitlich abgehenden Fistelkanal einzutreten, sondern fließen längs der Wand des Darmes oder Magens, welch letztere gar nichts von ihrer Lichtung einbüßen.

Nach unserem Urteil ist ein so einfaches Verfahren mit solchen Resultaten anderen — ohne Zweifel technisch vollkommeneren, aber viel komplizierteren und trotzdem nicht immer die absolute Kontinenz der Fistel garantierenden — Verfahren vorzuziehen.

November 1904.

---

1) **C. Oppenheimer.** Die Fermente und ihre biologische Bedeutung.

(Moderne ärztliche Bibliothek 1905. Hft. 16.)

Die Absicht, in kurzen Worten die Grundzüge dessen wiederzugeben, was wir heute von der Bedeutung der Fermente für den Stoffwechsel wissen, hat dies handliche, fließend und klar verständlich geschriebene Büchlein gezeitigt, das jedem bestens empfohlen werden

kann, der sich schnell einen Überblick über die zurzeit geltenden Anschauungen in dieser wichtigen Frage verschaffen will. Einer kurzen historischen und theoretischen Einleitung folgt die Erörterung der Natur und Wirkung der Fermente, ihrer biologischen Bedeutung im allgemeinen und in den besonderen Gebieten der Verdauung, des intermediären Stoffwechsels, auch der Autolyse usw. Überall wird in zusammenfassenden Gesichtspunkten das, was zurzeit sicher bewiesen, was noch strittig, was noch jeder Bearbeitung harrt, hervorgehoben.

G. Schmidt (Berlin).

---

2) **Schlesinger.** Die Indikationen zu chirurgischen Eingriffen bei inneren Erkrankungen. II. Teil.

Jena, **Gustav Fischer,** 1904.

Ein Buch, für welches sicher ein Bedürfnis bestand und das sich gerade unter den Ärzten, welche nicht Gelegenheit hatten, sich in längerer Assistentenzeit größere praktische Erfahrung zu verschaffen, viele Freunde erwerben wird. Ein kurzer präziser Ratgeber in vielen Fragen, welche im klinischen Unterrichte meistens nicht in der Weise erörtert werden können, daß sie beim Anfänger haften, und welche doch in der Praxis fortwährend an den Arzt herantreten.

In diesem Teile des Werkes werden die Krankheiten der Leber und Gallenblase, der Milz, Bauchspeicheldrüse, der Nieren und Harnblase behandelt. Ätiologie und pathologische Anatomie werden ganz kurz besprochen, die wichtigsten klinischen Bemerkungen gegeben, die Diagnose ausführlich behandelt; die Indikationsstellung ist durchweg klar und derjenigen der meisten Chirurgen analog; die üblichen Operationsmethoden werden angeführt, ihre Erfolge erörtert und zuletzt der Verlauf bei Unterlassung des Eingriffes geschildert. Literaturangaben sind nur soweit vorhanden, daß man mit ihrer Hilfe sich weiterfinden kann.

Einige kurze Bemerkungen: Es ist wohl nicht ganz richtig, zu behaupten: »Die Gallensteinerkrankung ist durch Gallenstauung veranlaßt«, und ferner: »Als Bildungsstätte der Gallensteine ist die Gallenblase anzusehen«. Bei Besprechung des Hydrops der Gallenblase zieht Verf. meines Erachtens die Grenzen der operativen Behandlung zu eng. Er rät hier nur zur Operation bei drohender Perforation und bei Auftreten schwerer Erscheinungen durch Druck der Gallenblase auf Nachbarorgane. Später, bei Besprechung des Karzinoms der Gallenblase, betont Verf. mit Recht, daß die Therapie, wenn erst die Diagnose feststeht, meist machtlos ist. Weil nun ein nicht geringer Teil dieser Geschwülste anfangs bei Verschluß der Cysticusmündung nur Hydrops der Gallenblase erzeugt, wäre es sicher empfehlenswert, die Fälle von Hydrops öfter zu operieren, dann wird man auch weniger Fälle von Karzinom verlieren.

Wenn man das liest, was der Verf. über die Diagnose des Gallensteinileus sagt, so könnte man glauben, daß dieselbe nicht allzu schwer zu stellen sei; und doch ist es leider Tatsache, daß diejenigen Fälle,

in welchen die Diagnose vor der Operation gestellt wurde, zu den großen Ausnahmen] gehören. Man darf bei Ileus, besonders wenn die Ursache unklar ist, nicht zu lange warten, nicht aber bis zu 48 Stunden, wie Verf. sagt. In der Diagnostik der Nierenleiden hätten die verschiedenen Methoden der Funktionsprüfung wohl eine höhere Bewertung verdient.

Das Buch ist nur warm zu empfehlen, sein handliches kleines Format wird gerade dem Praktiker willkommen sein.

W. v. Bruns (Marburg).

---

3) **A. W. Mago Robson.** The treatment of cancer.

(Lancet 1904. Dezember 3.)

Wenn auch über den Urheber des Krebses im Kreise der Forscher noch ein Zwiespalt der Meinungen herrscht, so besteht mehr Einigkeit darin, daß der Krebs im Anfang ein rein lokales Leiden ist. Sicherlich besteht eine Kontaktinfektiosität des Krebses, wie vor allen die Beobachtungen und Experimente an Mäusen von Jensen (Kopenhagen) und Borrel am Institute Pasteur gezeigt haben; auch Fälle von Übertragbarkeit durch Insekten sind in der Literatur niedergelegt. Eine überaus wichtige Bedeutung, besonders für Krebsoperationen, kommt der Autoinfektion zu. Prophylaktisch befürwortet Verf. strenge Isolierung der Krebskranken, Vernichtung aller ihrer Verbandstoffe usw.; Bett, Eß- und anderes Geschirr sollte nie von Krebskranken und Gesunden gemeinsam benutzt werden. — Die chirurgische Behandlung des Krebses besteht in präventiver, kurativer oder palliativer. Für jeden Krebs gibt es ein »präcanceröses« Stadium (z. B. für den Lippenkrebs eine warzige Verdickung, für den Zungenkrebs eine oberflächliche, noch nicht karzinomatöse Ulzeration), und in diesem Stadium sollte nach Möglichkeit operiert werden. Verf. bespricht dann eingehend das präcanceröse Stadium in der Haut, der Brustdrüse, Gallenblase und Leber, dem Magen und Darm und den weiblichen Beckenorganen. Vorläufer des präpylorischen Magenkrebses ist meist das einfache peptische Geschwür; bessere Pflege des Mundes und der Zähne, frühzeitige energische interne Behandlung des Geschwürs oder in protrahierten Fällen Gastroenterostomie würden der Ansicht Verf.s nach die Entstehung des Magenkrebses erheblich vermindern. Für Uteruskrebse kommen als Vorläufer die chronische Endometritis und die Cervicalkatarrhe in Betracht, auch Myome, die nach Verf. gar nicht selten sich bösartig umwandeln. Beim Darmkrebs leistet in geeigneten Fällen das Strauss'sche Sigmoidoskop gute Dienste und macht oft eine sonst nötige Probelaparotomie überflüssig. — Die Radikaloperation des Krebses bietet nach Verf. bei weitem nicht so schlechte Aussichten, wie viele allzu pessimistisch meinen. Die Statistiken der bekanntesten Chirurgen beweisen das Gegenteil. Die Brustkrebsoperationen zeigen (nach den großen Statistiken von Verf., Halstead, Bryant, Teale, Cheyne), daß mehr als 50% der Fälle im Durchschnitt nach 3 Jahren rezidivfrei waren. Für Magenresektion wegen

Karzinom werden Statistiken von Verf., Kocher, Mayo, Macdonald und Murphy angeführt; für Zungenkarzinom führt Verf. die Statistik von Butlin und Whitehead an; für Kehlkopfkarzinom die von Semon, seine eigene und die Kocher'sche; für Darmkrebs die eigene und die von Pollard, Morton, v. Mikulicz und Körte; für Mastdarmkrebs die von Duplay und Reclus; für Gallenblasenkrebs die eigene; für Lippenkrebs die von Butlin und Loos; für Gebärmutterkrebs die eigene und die von Jesset, Olshausen, Wertheim und Zweifel. Aus allen diesen Statistiken geht zur Genüge hervor, daß ein recht großer Prozentsatz der Krebskranken zu dauernder Heilung gebracht werden kann.

Als palliative Krebsoperationen bespricht Verf. die Gastrostomie, die Gastroenterostomie (bei ihm 3,6% Mortalität, die Enteroanastomose, die Kolostomie und die Cholecystenterostomie. Auch durch sie kann in für Rakikaloperationen zu weit vorgeschrittenen Fällen (auch event. bei nicht immer ganz auszuschließenden Fehldiagnosen) noch viel Nutzen und Segen gestiftet werden.

Die Arbeit birgt eine Fülle des Lesenswerten in sich und hat als gute Zusammenfassung des heutigen Standes der Krebschirurgie großen Wert.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

---

4) **A. Eurén.** Über Äthernarkose nach der Tropfmethode mit gewöhnlicher offener (»Chloroform«-) Maske.

(Hygiea. Jahrg. LXVI. Folge II. Jahrg. IV. p. 1018. [Schwedisch.])

Verf. teilt seine Erfahrungen mit, die er in 250 Fällen gemacht hat mit der sog. Tropfmethode auf offener (»Chloroform«-) Maske, teils ausschließlich mit Äther (121 Fälle), teils Äther mit Chloroform (39 Fälle), teils Äther mit Morphium (85 Fälle) und endlich Äther und Chloroform und Morphium. Nach einer orientierenden Übersicht über Hofmann's (Witzel's), v. Mikulicz', Berndt's u. a. Arbeiten in dem fraglichen Gebiet und die Hauptzüge der Geschichte der Äthernarkose teilt er die statistischen Zahlen mit, welche in bezug auf Quantitäten des Narkotikums, Alter und Geschlecht der Pat. u. s. f in Arbeiten dieser Art gewöhnlich mitgeteilt werden. Die Schlüsse, zu welchen er am Ende seiner Arbeit kommt sind folgende:

1) Äther kann ebenso wie Chloroform tropfenweise mit gewöhnlicher offener Maske angewendet werden, zeigt dann nicht die von anderen Ätherisierungsmethoden bekannten Nachteile bei der Einleitung der Narkose, die leicht ertragen wird, auch von kleinen Kindern, und gibt eine ebenso ruhige Narkose wie Chloroform, wobei die Ungefährlichkeit des Äthers im Vergleiche mit Chloroform bei der Tropfmethode sich mehr geltend machen kann, als bei älteren Formen der Äthernarkose;

2) deshalb kann eine Äthertropfmethode zuversichtlicher als andere Narkosenformen ungeübten Händen übertragen werden;

3) für Erwachsene sichert eine subkutane Morphiuminjektion $^3/_4$ bis $^1/_2$ Stunde vor der Narkose deren Eintritt und genügende Tiefe. Ist

Morphium vor der Narkose nicht verabreicht worden, sind oft (Potatores) nach vorheriger Morphiumdosis ausnahmsweise einige Tropfen Chloroform nötig, nicht zur Einleitung der Narkose, sondern für den Übergang aus dem Exzitations- in das Toleranzstadium;

4) die Äthertropfmethode kann auch für das Zustandekommen des sog. Ätherrausches (Sudeck) gebraucht und überdies natürlich mit jeder Form der Lokalanästhesie kombiniert werden.

Hansson (Cimbrishamn).

---

5) **Danielsohn.** Das Glücksmann'sche Verfahren der Ösophagoskopie.

(Therapeutische Monatshefte 1904. Nr. 11.)

Nach kurzer Besprechung des Glücksmann'schen Verfahrens der Ösophagoskopie (cf. Berliner klin. Wochenschrift 1904 Nr. 23) erörtert Verf. fünf Fälle, in denen er das genannte Verfahren zur Anwendung gebracht hat. Auf Grund dieser fünf Beobachtungen kommt er zu dem Schluß, daß die bisher gegen die Ösophagoskopie meist gemachten Einwände der Unzweckmäßigkeit des Verfahrens und der Gleichwertigkeit der übrigen Untersuchungsmethoden nicht mehr zu Recht bestehen. Gleichzeitig hebt Verf. die Wichtigkeit der Ösophagoskopie für eine Frühdiagnose des Karzinoms und für die Prognosenstellung hervor.

Zum Schluß weist er darauf hin, daß das Glücksmann'sche Verfahren auch eine neue Perspektive für die Gastroskopie eröffne.

Silberberg (Breslau).

---

6) **O. Lanz** et **E. Tavel.** Baktériologie de l'appendicite.

(Revue de chir. XXIV. année. Nr. 7 u. 8.)

Nach kurzem Bericht über die bisherigen Publikationen betreffend die Mikrobenflora des Wurmfortsatzes und einer einleitenden Betrachtung über deren Systematik führen Verff. die Untersuchungsergebnisse ihrer bakteriologischen Züchtungen aus 8 normalen und 138 pathologischen Wurmfortsätzen vor.

Zunächst ist die auffällige Tatsache festzustellen, daß sämtliche acht normalen Appendices zum Teil mehrere — bis zu sechs — Bakterienspezies enthielten, während 10% der pathologischen steril befunden wurden. Das Bakterium coli ist ein ständiger Bewohner des normalen Wurmfortsatzes. Nächstdem sind es der Bazillus des malignen Ödems und der anaerobe Pseudotetanusbazillus. Für die pathologischen Wurmfortsätze kann die Regel gelten, daß, je mehr sie verändert, desto weniger verschiedene Mikrobenarten darin enthalten sind. Von den im Intervall entfernten sind 10% steril, von den sog. Kystes appendiculaires 37%; der erkaltete periappendicitische Abszeß ist es in 75%. Verff. schließen nach der Entleerung solcher die Bauchhöhle ohne Drain.

Die Sterilität pathologischer Wurmfortsätze erklären Verff. durch die phagocytische Tätigkeit der lebhaften Leukocyteneinwanderung während des entzündlichen Stadiums.

Christel (Metz).

---

7) E. Villard et L. Pinatelle. De la perforation des ulcères de la petite courbure, perforations hautes.

(Revue de chir. XXIV. ann. Nr. 5—7.)

Die Magengeschwüre an der kleinen Kurvatur haben manche Eigentümlichkeiten, die eine selbständige Behandlung derselben rechtfertigen. Zuvörderst scheinen sie eine besondere Prädisposition zu besitzen, indem die Zahl publizierter Fälle $^1/_3$ sämtlicher Beobachtungen perforierter Magengeschwüre ausmacht. Wenn man jedoch berücksichtigt, daß sich auf die kurze Strecke der kleinen Kurvatur — sie mißt ja nur etwa 7,5 cm — fast 75% aller Magengeschwüre zusammendrängen, so läßt sich gerade das umgekehrte — nämlich eine geringere Disposition zur Ruptur, durch welche vielmehr die große Kurvatur und die vordere Wand bedroht sind, erkennen. Denn erstlich brauchen die Geschwüre der kleinen Kurvatur den Bewegungen des Magens, besonders den durch Füllungszustände bedingten, nicht zu folgen; zweitens sind sie viel häufiger durch Verwachsungen von der Bauchhöhle abgeschlossen, als selbst nach den Statistiken sich ergibt, weil die am besten eingekapselten garnicht nach der Bauchhöhle perforieren; jedenfalls findet sich in wenigstens der Hälfte der Fälle durchgebrochener Geschwüre der kleinen Kurvatur vorausgegangene Adhäsivperitonitis, deren Membranen freilich oft nicht die nötige Widerstandskraft besaßen. Mehrfache Perforationen gleichzeitig fanden Verff. nur viermal vermerkt.

Für die Diagnose der Ruptur eines Geschwüres der kleinen Kurvatur kommt neben den allgemeinen Durchbruchsymptomen das häufigere Fortbestehen von Erbrechen in Betracht: bei hochgelegener Öffnung entleert sich der Mageninhalt weniger in die Bauchhöhle, und so bleibt es für etwa $^2/_3$ der Fälle während der Dauer der Erkrankung bestehen.

Ferner war meist die Anwesenheit eines Geschwüres schon längere Zeit vorher erkannt. Deshalb kann auch die Behandlung der Perforation, die sich langsam, schleichend vorbereitet, eine präventive sein, was die Gastroenterostomie erfüllt.

Für das Verhalten bei erfolgtem Durchbruche stellen Verff. etwa folgende Vorschriften auf: Natürlich ist die Indikation zum Eingriff absolut und dringend; selbst der Chok braucht nicht davon abzuhalten: Man operiere (v. Mikulicz, Kocher) mit Kokain bezw. Äther. Der Magen ist nicht zu entleeren; Austreten geringer Mengen des Inhaltes begünstigt die Auffindung des Loches. Der Einschnitt wird oberhalb des Nabels angelegt; hat man fälschlicherweise unterhalb des Nabels den Leib eröffnet, schließe man hier, und gehe zur oben bezeichneten Schnittführung über. Hat man die Durchbruchstelle gefunden, wird man immer dann die Naht ausführen, wo Beweglichkeit, geringe Ausdehnung, Festigkeit der Magenwand, Möglichkeit spannungslosen Aneinanderlegens der Ränder dies gestatten. Die Exzision des Geschwüres, meist zeitraubend, schwierig, gefährlich, ist an der kleinen Kurvatur

besonders wenig angezeigt. Wo jedoch die Bedingungen des Nahtverschlusses fehlen, ist das rationellste Verfahren die Drainage der Perforation nach außen, Abschließung der vorderen Magenwand gegen die übrige Bauchhöhle durch die Naht oder durch Einlegen von Gazestreifen. Oft wird sich diese Methode, die neunmal mit zwei Todesfällen ausgeführt wurde, selbst nach Ausführung der Naht empfehlen; die übrigen Erwägungen decken sich mit denen für Perforation des Magengeschwüres im allgemeinen.

Den Schluß der Arbeit bildet ein Exzerpt von 115 Publikationen und die Widergabe zweier persönlicher Beobachtungen der Verff.

Christel (Metz).

8) **Connell.** The treatment of haematemesis by gastro-enterostomy.

(Annals of surgery 1904. Oktober.)

Verf. klassifiziert die Methoden der Behandlung des Blutbrechens in direkte und indirekte. Zu den ersteren rechnet er die Exzision des Geschwürs, die partielle Gastrektomie oder Pylorektomie, die Unterbindung der Hauptarterien, die Kauterisation oder Abschabung des Geschwürs, die Umstechung der Schleimhaut oder der Ränder des Geschwürs. Zu den indirekten Methoden werden die Gastroenterostomie, die Pyloroplastik und die Gastrotomie gezählt. Meistens wird heute nach C. mit Unrecht nur die Gastroenterostomie ausgeführt; dieselbe genügt in vielen Fällen nicht, indem das Blutbrechen wiederkehrt. Es soll daher nach Möglichkeit die blutende Stelle selbst angegriffen und eventuell bei Magenerweiterung und Hyperchlorhydrie die Gastroenterostomie hinzugefügt werden. Nur wenn die blutende Stelle nicht auffindbar und angreifbar ist, soll man sich mit der Gastroenterostomie allein begnügen.

Herhold (Altona).

9) **Tiegel.** Über peptische Geschwüre des Jejunums nach Gastroenterostomie.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4 u. 5.

T. unterzieht sich der verdienstlichen Arbeit, alles, was bisher über peptische Geschwüre des Jejunums nach Gastroenterostomien bekannt und in der Literatur zerstreut ist, zusammenzufassen. Neben sechs neuen Fällen aus der v. Mikulicz'schen Klinik zählt er 16 Beobachtungen anderer Autoren auf, so daß er über 22 Fälle verfügt. Die Gastroenterostomie war stets wegen gutartiger Magenaffektionen ausgeführt worden; nach Gastroenterostomien wegen Karzinom ist bisher das peptische Geschwür nicht beobachtet worden. 16mal war die vordere, 5mal die hintere Anastomose angelegt worden, so daß die retrocolica in dieser Hinsicht weniger gefährlich zu sein scheint. Nach den klinischen Erscheinungen muß man zwei Gruppen von Fällen unterscheiden: in der einen tritt plötzlich ohne jede Vorboten die Perforation mit Peritonitis auf, in der anderen kommt es zu langsam

sich steigernden Beschwerden, das Geschwür verwächst mit der Umgebung, führt zu allmählicher Penetration in die Umgebung und zur Ausbildung beträchtlicher entzündlicher Geschwülste. Die bisherigen Erfolge chirurgischer Therapie lassen sehr zu wünschen übrig, so daß längere Versuche mit interner Behandlung zu empfehlen sind. Nur bei Perforationen kommt selbstverständlich die Operation allein in Frage.

Ätiologisch ist ohne Zweifel die peptische Wirkung des stark sauren Magensaftes auf die Nahtstellen in erster Linie heranzuziehen; auch Schädigungen der Schleimhaut bei der Operation und Zirkulationsstörungen spielen wohl eine Rolle. Wie weit die Operationstechnik, ob Naht oder Knopf, ob Anwendung von Darmklemmen mitschuldig ist, läßt sich noch nicht sagen. Jedenfalls mahnt das gesteigerte Vorkommen der peptischen Geschwüre dazu, bei gutartigen Magenaffektionen, wenn es irgend geht, die Gastroenterostomie zu vermeiden und durch physiologischere Methoden: Pyloroplastik oder Gastroduodenostomie zu ersetzen. **Haeckel** (Stettin).

---

10) **H. S. Clogg.** Congenital intestinal obstruction.

(Lancet 1904. Dezember 24.)

Eine eingehende Besprechung des angeborenen Darmverschlusses an der Hand zweier eigener Beobachtungen. In einem Falle endete eine Dünndarmschlinge blind in einem Nabelbruchsack, das Colon ascendens war bandartig zusammengeschrumpft; bei dem anderen fand sich eine absolute Striktur von $^1/_2$ Zoll Länge am unteren Dünndarmende, durch die eine Sonde nicht hindurchgeführt werden konnte. Trotz der Operation endeten die Fälle, die 6 bezw. 4 Tage alt waren, tödlich. Gemäß der Literatur zeigt sich der Darmverschluß angeboren vornemlich an zwei Stellen, in der Duodenalpartie und am unteren Dünndarme. Unter 150000 Kindern wurde er 9mal in der Petersburger Statistik von Theremin gefunden. Was die Ätiologie des Leidens angeht, so hat man fötale Peritonitis (Simpson, Silbermann, Theremin, Fiedler, Cordes), Volvulus des Darmes (Gärtner, Carwardine), Ulzeration des Darmes (Markwald, Thorel), sowie Entwicklungsanomalien (Sutton u. a.) angenommen. Verf.s Ansichten sind zusammengefaßt folgende: die meisten, wenn nicht alle Mißbildungen am Duodenum hängen mit der Entwicklung der großen drüsigen Organe dieser Gegend zusammen; im Dünndarme stehen viele einfache Verschlüsse mit dem Meckel'schen Divertikel im Zusammenhange. Darmabschnürungen im Nabelringe sind für viele Fälle, und wahrscheinlich häufiger als bisher angenommen ist, von ätiologischer Bedeutung. Für einige wenige Fälle kommt zweifellos Volvulus in Betracht. Es ist nicht hinlänglich erwiesen, daß fötale Darmgeschwüre und auch wahrscheinlich fötale Peritonitis etwas mit dem angeborenen Darmverschluß zu tun haben. Die ungewöhnlichen Fälle, wo sich mehrere Abschnitte des Darmes als fehlend oder verengt erweisen, sind äußerst schwierig zu erklären und beruhen wohl zum Teil auf der Aktion mehrerer der genannten ätiologischen Fak-

toren. Operative Eingriffe waren bei dem Leiden bislang nie von Erfolg gekrönt. Als Idealoperation kommen die Enteroanastomie resp. die Gastroenterostomie in Betracht. Kot- resp. Ernährungsfisteln stehen als Palliativoperationen in zweiter Linie. Die oft bestehende hochgradige Kontraktion des distal von der Striktur gelegenen Darmteiles könnte, so meint Verf., event. durch Wasserdruck in geeigneten Fällen überwunden werden. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

---

11) **Peck.** Postoperative intestinal obstruction.

(Annals of surgery 1904. Oktober.)

Diejenige Art der Verstopfung, welche in den ersten 2 Wochen nach der Operation eintritt, läßt sich häufig durch Klistiere und Abführmittel heben; die später zur Beobachtung kommenden Fälle erfordern meist die Laparotomie, da die Stränge und Bänder, welche den Darmverschluß verursachen, bereits zu fest und stark geworden sind. Meistens tritt die Darmverengerung nach Operation bei mit Bauchfellentzündung komplizierter Appendicitis und bei eitriger Bauchfellentzündung, sowie nach der Operation eitriger Adnexerkrankungen ein. Die Prophylaxe besteht in folgendem: Nicht zu große Bauchdeckenschnitte, möglichst beschränkte Eventration der Därme, Bedecken aller rauhen Stellen mit Bauchfell, keine große Tamponade der Wunde, vielmehr nur sog. Cigarrettendrains, bei Adnexerkrankungen Drainage durch Douglas. Gleich nach der Operation ist eine blande Diät und Sorge für Darmentleerungen nötig. Die operative Therapie besteht in der Enterostomie, wobei der Schnitt durch die rechte Rektusscheide zu bevorzugen ist, da die Verengerung meistens ihren Sitz in der rechten oberen Bauchhöhle hat; unter Umständen ist eine Darmresektion notwendig, welcher jedoch, wenn angängig, eine Enteroanastomose mit Murphyknopf vorzuziehen ist. **Herhold** (Altona).

---

12) **W. A. Lane.** The operative treatment of the conditions of the gastrointestinal tract, which result from chronic constipation.

(Lancet 1904. Dezember 17.)

Verf. unterzieht die Folgezustände im Darme nach chronischer Verstopfung einer eingehenden Besprechung. Es werden behandelt: 1) die Dilatation mit korrespondierender Verlängerung gewisser Darmabschnitte; 2) die Fixation mit konsekutiver Atrophie der muskulären Darmwände. Sie wird in Zeichnungen näher erörtert und findet sich bei chronischer Obstipation in schwerem oder leichterem Grade im ganzen Dickdarme mit Ausnahme des Blinddarmgrundes und des Colon transversum. Die Fixation des aufsteigenden Kolon und seine Zerrungen nach dem Becken hin infolge des gestauten Kotinhaltes führen zu Lockerung der Nierenbefestigungen und zu rechtsseitiger Wanderniere. Die Fettabsorption im ganzen Organismus infolge der

Autointoxikation begünstigt diese Veränderungen. Nicht selten haben die so aus chronischer Verstopfung resultierenden Schmerzen zur Fehldiagnose der Nephrolithiasis Veranlassung gegeben. Neben der infolge der Fettabsorption auftretenden Schlaffheit nimmt die Haut bei der chronischen Verstopfung eine schmutzig graue Verfärbung an. Die operative Therapie des Leidens besteht in der Einpflanzung des untersten Dünndarmes (5—6 Zoll über der Klappe) in die Flexura sigmoidea. In der postoperativen Zeit ist auf tägliche Darmentleerung zu achten, da sonst retrograde Anfüllung des Dickdarmes bis zum Blinddarme hin eintritt. Sollte dieser unerwünschte Zustand sich ständig einstellen, so ist der Blinddarm, das Colon ascendens und event. auch das Querkolon bei dem inzwischen wieder wesentlich kräftiger gewordenen Pat. zu exstirpieren. Verf. rät dringend, mit der Einpflanzung nicht erst das äußerste Stadium abzuwarten.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

---

13) **Ries.** Mesosigmoiditis and its relations to recurrent volvulus of the sigmoid flexure.

(Annals of surgery 1904. Oktober.)

R. beschreibt die chronische Entzündung des Mesenterium sigmoideum, welche analog der Parametritis atrophicans chronica Freund's zu narbiger Schrumpfung des Gewebes führt. Die Folge davon ist ein mehr oder weniger starker Volvulus der Flexura sigmoidea, welcher operatives Einschreiten erfordert. Die Symptome bestehen in Verstopfung und zeitweiligem Erbrechen bei jenen Formen, in welchen der Verschluß der Flexura sigmoidea vorübergehend ist, in den Erscheinungen des Ileus dagegen, wenn es sich um einen dauernden Volvulus handelt. Der Mastdarm ist hierbei leer, die Flexura sigmoidea und auch häufig der Blinddarm stark gebläht. Pathologisch-anatomisch besteht diese Mesosigmoiditis aus einer Bindegewebswucherung mit Rundzelleninfiltration. Die Ursachen der Krankheit liegen meist in geschwürigen Prozessen der Schleimhaut der Flexura sigmoidea, von welchen die infektiösen Keime auf das Mesenterium sigmoideum geleitet werden. Auch Geschwüre in der Nachbarschaft, z. B. im Mastdarme, können die Mesosigmoiditis hervorrufen.

Die Therapie kann in leichteren Fällen mit Annähen des unteren Teiles des Mesenterium an die vordere Bauchwand auskommen, in schweren Fällen kann die Resektion der Flexura sigmoidea nötig werden. Eine Anastomose zwischen den beiden fixierten Punkten der Flexura sigmoidea anzulegen, verwirft R. Verf. selbst heilte einen leichteren Fall durch Annähen des Mesenteriums an die vorrede Bauchwand. Der Fall wird beschrieben.

Herhold (Altona).

---

14) **P. Duval** et **Ch. Lenormant.** Rectoplicature antérieure et myorraphie des releveurs de l'anus dans le traitement du prolapsus rectal.

(Revue de chir. Bd. XXIV. Nr. 5.)

Die relativ hohen Prozentzahlen von Rezidiven, womit die einzelnen Operationsmethoden des Mastdarmvorfalles belastet sind, zeigen zur Genüge, daß sie noch nicht ihr Ideal erreichen, und wahrscheinlich den anatomischen Verhältnissen zu wenig Rechnung tragen. Diese sind in erster Linie, neben der Erschlaffung des sog. Mesorektum, die abnorme Weite der Ampulle und die zu große Nachgiebigkeit des Beckenbodens, dessen Überdehnung sich beim Drängen deutlich sichtbar macht. Schließlich kommt der abnorme Tiefstand des Douglas, der oft genug Sitz einer Hydrokele ist, hinzu. Eine Operation, welche den Vorfall des ganzen Mastdarmes (After und Ampulle) heilen soll, hat diesen Faktoren Rechnung getragen durch

1) Restauration des Beckenbodens,
2) Verengerung der Ampulle,
3) Verödung des Douglas.

Verff. haben nun die von Gérard Marchant eingeführte Rectoplicature postérieure et rectopexie noch vervollständigt durch einen zweiten Akt, die rectoplicature anterieure nach vorhergehender Abbindung oder Vernähung des (hinteren) Douglas, und Anheftung der vorderen Ränder der Levatores ani an die gefaltete vordere Wand des Mastdarmes. Die Einzelheiten der Technik sind aus Text und Abbildungen leicht ersichtlich, der ideale Erfolg durch zwei Krankengeschichten belegt. **Christel** (Metz).

---

15) **Bayer.** Über die primäre Tuberkulose der Milz.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4. u. 5.)

Während Litten erklärte: »Die Tuberkulose der Milz als solche kann niemals Gegenstand der Therapie werden«, stellt B. acht Fälle aus der Literatur zusammen, in denen operiert wurde, und fügt einen neuen, von Bardenheuer operierten, hinzu. In sieben dieser Fälle erzielte man Heilung, zwei endeten tödlich im Anschluß an die Operation. Stets wurde die Milz vollständig entfernt, nur in einem Falle war die Milz mit dem oberen Pole fest verwachsen, nur der untere von Abszessen durchsetzt; er wurde eingenäht und extraperitoneal eröffnet, z. T. entfernt; es erfolgte Heilung. — B. führt ferner aus der Literatur 19 obduzierte Fälle auf, die beweisen, daß es in der Tat eine primäre isolierte Tuberkulose der Milz gibt. Zum Schluß bespricht er den Unterschied der in der letzten Zeit öfters als »Hyperglobulie mit Milztumor« beschriebenen Erkrankung und der Milztuberkulose und entscheidet sich dafür, daß beide nicht als identisch zu erachten sind.

Haeckel (Stettin).

Kleinere Mitteilungen.

Über Hedonal-Chloroformnarkose.

Von

W. Mintz,
Chirurg am Alt-Katharinenspital zu Moskau.

Krawkoff und Fedoroff empfahlen 1903, den Pat. vor der Chloroformnarkose Hedonal (bis zu 5 g) zu verabreichen. Durch seine narkotische Wirkung soll es einmal den Pat. über die Aufregung der letzten Stunden vor der Operation hinweghelfen; dann aber soll dadurch die zur Narkose notwendige Chloroformmenge vermindert und durch die im Hedonal enthaltene Amidogruppe die Herztätigkeit angeregt werden.

Meinen Ausführungen liegen 175 Hedonal-Chloroformnarkosen zugrunde (bei 128 Männern und 47 Frauen).

Männer bekamen bis zum 12. Lebensjahre 2 g Hedonal (6), bis zum 17. 3 g (12); darüber hinaus 4 (74) und 5 g (36).

Der Hedonalschlaf blieb in 44 Fällen aus, und zwar nach 2 g 2mal, nach 3 g 2mal, nach 4 g 25mal und nach 5 g 15mal.

Frauen bekamen bis zum 14. Lebensjahre 2 g (4), darüber hinaus 3 g (15), häufiger 4 g (25) und selten 5 g (1).

Der Hedonalschlaf blieb in 13 Fällen aus, und zwar nach 2 g 1mal, nach 3 g 3mal, nach 4 g 8mal und nach 5 g 1mal.

Die schlafmachende Wirkung des Hedonals versagte also in 57 von 175 Fällen.

Das Hedonal wurde meist $1^1/_4$ (22), $1^1/_2$ (59), $1^3/_4$ (12) und 2 (29) Stunden vor Beginn der Narkose verabfolgt. In seltenen Fällen $^1/_2$—1 und $3^1/_2$—$2^3/_4$ Stunden vorher. Diese Schwankungen erklären sich durch Häufung mehrerer Operationen auf einen Vormittag. In den Fällen, wo die Hedonalwirkung ausblieb, hatte dasselbe nicht weniger als 1 Stunde gewirkt.

Das Gros der Pat., die eingeschlafen waren, erwachte nach kürzerem oder längerem Schlafe, meist auf dem Transport zum Operationszimmer. Geschah das nicht, so störte sie das Waschen des Operationsfeldes auch nicht, wenn dieses nicht schon vorher besorgt worden war.

An Stelle von Schlaf traten häufig depressive und irritative psychische Erscheinungen auf: Weinen, Lachen, Witzelsucht, Lärmen, Schimpfen. Manche klagten über einen rauschähnlichen Zustand oder über quälende Schlaflosigkeit.

Chloroformiert wurde nach der Skinner-Witzel'schen Tropfmethode.

Zu Beginn der Narkose stellte sich Exzitation 76mal ein, bei Männern 71-, bei Frauen 5mal. Äußerst heftige Exzitation notierten wir 17mal.

Erbrechen trat vor Eintritt und während der Narkose 32mal ein, bei Männern 12mal, bei Frauen 20mal.

Nach Erwachen aus der Narkose trat Erbrechen 28mal ein, bei Männern 18mal, bei Frauen 10mal.

In 13 Fällen konnte trotz Hedonal und Chloroform keine volle Narkose erzielt werden; in 2 Fällen trat dieselbe erst nach Zusatz von Äther ein.

Bei der gewöhnlichen Chloroformnarkose entspricht dem Eintreten voller Analgesie folgender Symptomenkomplex: Enge reaktionslose Pupille, Fehlen des Cornealreflexes, langsamer Puls. Bei der Hedonal-Chloroformnarkose läßt derselbe uns vollkommen im Stiche — die Pat. reagieren trotzdem auf den Hautschnitt. Der Narkotiseur ist deshalb nicht genau über den Eintritt der Analgesie resp. vollen Narkose orientiert.

Nach Verabreichung von Chloroform schliefen die Pat. nach 10—15 Minuten ein (127); nach 20—30 Minuten 24, nach weniger als 10 Minuten 11.

In voller Narkose trat besonders häufig anhaltende ausgesprochene Blässe ein — 57mal —, bei Männern 41mal, bei Frauen 16mal.

Cyanose trat 13mal auf; mechanisch asphyktische Erscheinungen resp. Erkrankungen der Respirationswege kommen natürlicherweise nicht in Betracht.

Andauernde Pupillenerweiterung in voller Narkose notierten wir 14mal.

Arhythmie trat 5mal ein.

Ausgesprochene Pulsschwäche trat in voller Narkose 13mal ein[1], in 4 Fällen wurden Excitantia und Kochsalzinfusion nötig.

Schwere Synkope trat bei einer 27jährigen, sonst vollkommen gesunden Dame während einer Appendektomie in der 15. Minute der vollen Narkose nach Verabreichung von ca. 15 g Chloroform, während der Darmnaht, ein. Plötzliche maximale Erweiterung der Pupillen, Aussetzen des Pulses machte 10 Minuten lange künstliche Atmung nötig, bevor Puls und Pupille zur Norm zurückkehrten.

Exzitation nach Erwachen aus der Narkose trat bei Männern 8mal, bei Frauen 2mal ein.

Bei einem 24jährigen Manne kam es nach einer Osteotomie der Tibia zu so heftiger Exzitation, daß er sich eine Fraktur der Fibula zuzog. $1^1/_2$ Monate später unterwarf ich ihn einer Morphium-Chloroformnarkose — die Exzitation nach der Narkose blieb aus.

Weckversuche scheinen überhaupt das Auftreten von Exzitationszuständen nach Hedonal-Chloroformnarkose zu begünstigen.

Ich verfüge über einige Fälle von wiederholter Hedonal-Chloroformnarkose an ein und demselben Pat.

1) 41jähriger Mann. Erste Narkose: Schläft nach 5 g Hedonal; nach Chloroformverabreichung Exzitation. Narkose nach 15 Minuten. In 60 Minuten 35 g Chloroform. Zweite Narkose: Kein Schlaf nach 5 g Hedonal; Pat. lärmt und schreit. Nach Chloroformzusatz heftige Exzitation; Narkose nach 15 Minuten. In 50 Minuten 25 g Chloroform. Dritte Narkose: Schläft nach 4 g Hedonal; nach Chloroformzusatz heftige Exzitation. Schläft nach 15 Minuten. In 40 Minuten 30 g Chloroform.

Von Interesse ist die unbeständige Wirkung des Hedonals und das konstante Einsetzen der Exzitation.

2) 41jähriger Pat. Erste Narkose: Schläft nach 5 g Hedonal; nach Chloroformzusatz Exzitation. Schläft nach 25 Minuten ein. In 95 Minuten 85 g Chloroform (Excisio laryngis). Zweite Narkose: Nach 5 g Hedonal kein Schlaf. Im Beginn der Narkose Exzitation; keine volle Narkose zu erzielen. In 55 Minuten 35 g.

Hier ebenfalls Inkonstanz der Hedonalwirkung und regelmäßiges Einsetzen der Exzitation.

3) 20jähriger Pat. Erste Narkose: Schläft nach 5 g Hedonal. Nach Chloroformzusatz Erbrechen; schläft nach 15 Minuten. In 65 Minuten 50 g Chloroform. Zweite Narkose: Nach 4 g Hedonal kein Schlaf. Nach Chloroformzusatz Schlaf in 10 Minuten. Verbraucht in 75 Minuten 45 g.

4) 43jähriger Pat. Erste Narkose: Schläft nach 5 g Hedonal. Nach Chloroformzusatz Exzitation. Schläft nach 15 Minuten. In 70 Minuten 63 g Chloroform. Zweite Narkose: Schläft nach 5 g Hedonal. Im Beginne der Narkose Exzitation. Verbraucht in 70 Minuten 40 g Chloroform.

Bei der individuellen Verschiedenheit des Alters, der Art und der Lokalisation des operativen Eingriffes kann ich keine Durchschnittszahl für den Chloroformverbrauch pro Minute geben. Die weiter unten angeführten Zahlen geben jedoch einen gewissen Überblick, der zeigt, daß der Hedonalzusatz das Chloroformquantum weder herabsetzt, noch individuelle Schwankungen nivelliert.

---

[1] Auf dem Russischen Chirurgenkongreß 1903 berichtete Zeidler über 4 Fälle von exquisiter Pulsschwäche im Verlaufe von Hedonal-Chloroformnarkose.

Narkosendauer Minuten	Männer Gramm	Frauen Gramm
15	4, 15	—
25	8, 10, 15, 12, 10	10, 16
30	10, 7, 28, 38, 28, 38, 24, 47, 30, 33	12, 14
35	35, 10, 20, 20, 21, 20, 28, 25	11, 12
40	20, 20, 22, 25, 23, 30, 27, 24, 26, 35	30, 22, 22, 40
45	30, 18, 30, 40, 30, 40, 20, 21, 50, 30, 35, 30, 73	25, 45
50	50, 21, 40, 25, 25, 40, 29, 30, 50	30, 30, 25
55	29, 65, 26, 30, 35, 35, 30, 64	42
60	35, 30, 22, 35, 50, 50, 55, 88, 30, 40, 35	35, 30, 30, 50
65	35, 50, 105, 70	40, 25
70	45, 40, 57, 63, 28, 40, 40, 40, 60, 60, 32	25
75	65, 70, 115, 41, 55, 52, 45	45, 35
80	65, 59, 54	80, 20, 25
85	60	—
90	57, 80	43, 55
95	40, 85	—
100	41	42
105	43, 60, 75	75
110	77, 95	—
115	—	52
125	—	63

Nicht zugunsten einer Erhöhung der Chloroformwirkung durch Hedonal spricht der Umstand, daß es manchmal erst durch Ätherzufuhr gelang, volle Narkose zu erzielen.

Die obigen Ausführungen beweisen also nicht nur die Unbestimmtheit in der Dosierung, sondern auch den Wechsel der Resorbierbarkeit des Hedonals. Die gleiche Dosis wirkt bald schlafmachend, bald nicht. Andererseits findet sich im Erbrochenen häufig ungelöstes Hedonal, trotzdem Schlafwirkung eingetreten war.

Das Ausbleiben des Hedonalschlafes in einer großen Zahl von Fällen finden wir auch bei Podhorezki[2] 41mal an 50 Frauen einer Gebäranstalt (nach Dosen von 2 g). Seine Pat. wurden soporös und klagten über Schwere in Kopf und Gliedern. Wir begegnen ferner einer häufigen Exzitation im Beginne der Narkose, bei Männern 71mal, bei Frauen 5mal. Erbrechen im Beginne der Narkose kommt bei Frauen fast in der Hälfte der Fälle vor, bei Männern seltener; Podhorezki beobachtete dasselbe in 14 von 50 Fällen. Das Erbrechen ist ja weniger intensiv, das ist aber auch einer der Vorzüge der reinen Chloroformtropfnarkose.

Die Kombination mit Hedonal ist ferner nicht imstande, die lähmende Wirkung des Chloroforms zu kompensieren, soweit dieselbe in anhaltender Pupillenerweiterung, Arhythmie des Pulses und Pulsschwäche bis zur Synkope ihren Ausdruck findet.

Hier muß ich erwähnen, daß Raimann (cf. weiter unten bei Rosenthal) im Gegensatze zu Dreser an Tieren Hedonalschlaf mit Temperaturerniedrigung und Herabsetzung der Pulskurve hervorrufen konnte. Biancone notierte nach Hedonalgaben ein Sinken des Blutdruckes um 30 mm und Pulsverlangsamung.

[2] Deutsche med. Wochenschrift 1904.

Von nachteiligen Erscheinungen nach Hedonalzusatz kommen starke Blässe, Cyanose (Podhorezki (5mal von 50 Fällen) in voller Narkose in Frage. Es kann sich hier nur um nachteilige Wirkung auf das Atmungszentrum handeln. Sollte das aber Chloroformwirkung sein, dann nützt auch hier das Hedonal nichts. Ich nenne ferner die Exzitation nach der Narkose und schließlich das Vermischen der Symptome, welche den Eintritt voller Analgesie beweisen.

Bei Rosenthal (Korsakoff'sches Journal 1901) findet sich eine Aufzählung der Nebenwirkungen des Hedonals. Wir finden daselbst »Schwindel«, »Schwarzwerden vor den Augen«, »Ohrensausen«, »Gehörsschwäche« bis zu 14 Tagen nach zweimaliger Einnahme von 1 g Hedonal, »Magenschmerzen«, »Kopfschmerzen«, »Erbrechen«, »Somnolenz« am folgenden Tage, »leichte Erregung«.

Rosenthal resümiert die in der Literatur niedergelegten sowie seine eigenen Erfahrungen dahin, daß das Hedonal ein zwar ungefährliches, aber schwaches (zweimal schwächer als Chloral) Hypnotikum ist, das für leichte Fälle von Agrypnie und Exzitation, nicht aber für schwere Fälle passe. Es schmeckt sehr schlecht, löst sich schwer und ist teuer.

Lederer beschreibt einen Fall von Hedonalintoxikation (Wiener klin.-therap. Wochenschrift 1904 Nr. 16). Hier finden wir einen Teil der Nebenwirkungen vertreten, die ich oben erwähnte.

Nach Einnahme von 8 g nach dem Mittagessen trat 15 Minuten nachher Erbrechen ein. Allgemeine Decken blaß, Gesicht cyanotisch, Pulsfüllung gering, Spannung 85 (Gärtner's Tonometer), Frequenz 100. Pupillen mittelweit, reagieren auf Lichteinfall, Cornealreflexe vorhanden, Sensorium frei. — Im Laufe des Tages Schüttelkrämpfe, Zähneknirschen, Aufgeregtsein, Schmerzen in der Magengegend, Pulsschwäche, Durstgefühl, Speichelfluß, Albuminurie, Polyurie. Ein Teil des Hedonals war durch Erbrechen wieder entleert worden.

Lederer schreibt, auf Experimente von Schmiedeberg, Lange, Döllken u. a. gestützt, die erregende Wirkung des Hedonals dem Urethangehalte, speziell der Amidogruppe, zu und meint, daß es sehr leicht möglich sei, daß sich die schlafwirkende Komponente (Alkoholgruppe) mit der erregenden (Amidogruppe) in manchen Fällen so kombiniere, daß eine geringe Schlafwirkung das Resultat sei.

Der einzige Vorteil der kombinierten Hedonal-Chloroformnarkose läge in der Ausschaltung der seelischen Aufregung vor der Operation. Die Wirkung bleibt aber, wie wir gesehen haben, nur zu häufig aus. Wenn weiter behauptet wird, daß die Amidogruppe auch pulsverstärkend wirkt, so stehen uns doch viel wirksamere Mittel zu Gebote (Tinct. strophanti, Strychnin usw.).

Die Streitfrage spitzt sich dahin zu, ob wir berechtigt sind, aus humanen Gründen vor der Chloroformnarkose Bewußtseinsverlust durch nicht gleichgültige Narkotika herbeizuführen. Meiner Meinung nach ist das Mittel zu heroisch. Durch Darreichung von Gegengiften werden wir wohl kaum im 60jährigen Kriege gegen das Chloroform siegen — eher schon durch allmähliche Verdrängung durch örtliche Anästhesie.

---

16) Clarke. Adenoma of sebaceous glands of the abdominal wall.

(Annals of surgery 1904. Oktober.)

C. exstirpierte bei einem Mädchen aus der Bauchwand eine 5 cm im Quadrat große Geschwulst, welche sich aus sieben Cysten zusammensetzte. Mikroskopisch wurde festgestellt, daß in einem bindegewebigen, teils hyalin degenerierten Stroma Alveolen von wechselnder Gestalt lagen, angefüllt mit vielgestaltigen Zellen, welche teilweise einer schleimigen Degeneration anheimgefallen waren. Es handelte sich um ein von dem Infundibulum der Hauttalgdrüsen ausgehendes Adenom.

Herhold (Altona)

17. **M. Löhlein.** Über Peritonitis bei eitriger Lymphangitis des Ductus thoracicus.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXVII. p. 269.)

Verf. berichtet über die Autopsiebefunde von zwei Pat., bei denen es infolge einer Verletzung des linken Armes zu einer phlegmonösen Entzündung und zu einer eitrigen Lymphadenitis in der Achselhöhle gekommen war. Von dort war die Entzündung bis auf den Endteil des Ductus thoracicus gelangt, hatte zu einer eitrigen Entzündung desselben, sowie zum Verschluß seiner Einmündungsstelle und zur Bildung eines parietalen Thrombus in der Vena subclavia geführt. In der infolge des behinderten Abflusses stagnierenden Lymphe haben sich die Streptokokken dann bis in den retroperitonealen Lymphapparat verbreitet und auf diesem Wege eine Infektion der Bauchhöhle verursacht.

Am Schluß der Arbeit findet sich eine Besprechung der wenigen bisher veröffentlichen Fälle von eitriger Entzündung des Ductus thoracicus.

Doering (Göttingen).

18) **B. Carlson.** Einige Formen chronischer Peritonitis in der linken Seite des Bauches.

(Hygiea Jahrg. 66. Folge II. Jahrg. 4. p. 515. [Schwedisch.])

In der linken Seitengegend des Bauches, d. h. in der Fossa iliaca sin. und dicht oberhalb derselben, sind früher zwei verschiedene typische Formen chronischer Peritonitis beschrieben, eine von Gersuny, eine von Riedel. In den letzten Jahren ist Verf. zwei Fällen von ausgedehnten Verwachsungen an der genannten Stelle begegnet, und zwar von einer Form, die er nirgends erwähnt gefunden hat. Da sie völlig miteinander übereinstimmen, einen ganz besonderen Typus zeigen und außerdem sehr schwere Krankheitserscheinungen hervorgerufen haben, scheint es Verf. zulässig, in der vorliegenden Arbeit sie eingehender zu erörtern, da wahrscheinlich ähnliche Beobachtungen andererseits nicht fehlen, obschon sie nicht veröffentlicht sind.

Verf. liefert zuerst eine kursorische Übersicht über die in der Weltliteratur niedergelegten Beobachtungen über chronische Peritonitis, die Einteilung, der Formen und die Ursachen der Krankheit. Virchow, Maydl, Bandl, Lauenstein, Lennander, Riedel, v. Bonsdorff, Schuchardt, Perman, Gersuny u. a. m. haben sich mit der vorliegenden Frage beschäftigt. — Wäre es möglich, in allen Fällen die Ursache und den Ausgangspunkt der Verwachsungen festzustellen, dann würde eine Einteilung nach dem Entstehungsorgane die natürlichste und richtigste sein. Da man jedoch meist über diese Fragen in Unsicherheit ist, scheint dem Verf. am einfachsten und leichtesten die Einteilung nach den Regionen des Bauches zu sein.

Da die chronische Peritonitis in den meisten Fällen aus einer akuten hervorgeht, erscheint Verf. die Einteilung die richtigste, welche sowohl die Stellen vorzugsweise berücksichtigen, wo die akute Peritonitis erfahrungsgemäß am häufigsten entsteht, als auch die Bahnen hervorhebt, in welchen die akute Entzündung sich vorzugsweise ausbreitet. In dieser Beziehung scheint ihm die Lennander'sche Einteilung am wertvollsten, die, aus der Arbeit über akute eitrige Peritonitis in Kocher's chirurgischer Enzyklopädie bekannt, hier nicht wiedergegeben zu werden braucht. Daneben sind der Gersuny'sche (Wiener klin. Wochenschrift 1899 Nr. 22) und der Riedel'sche (Mitteilungen aus den Grenzgebieten 1897 Bd. II) Typus der peritonealen Verwachsungen zu nennen, welche Verf. in der vorliegenden Arbeit als Gruppe I bezw. III mit dem seinigen (Gruppe II) zusammenstellt. Ref. muß sich beschränken, in aller Kürze den anatomischen Befund in den vom Verf. operierten zwei Fällen wiederzugeben. »Flexura sigmoidea ist in ihrer ganzen Länge mitsamt dem hinteren Blatte des Mesosigmoideum durch alte Flächenverwachsungen fest mit dem Peritoneum parietale verwachsen, so daß der Darm in der Furche zwischen der vorderen und hinteren Bauchwand und längs der Furche hinauf dicht auf der Crista ilei liegt; nur ein kleiner Teil des Darm-

umfanges, der dem Mesenterialansatz am nächsten liegt — nächst dem medialen (oberen) Blatte — war von Verwachsungen frei. Das Darmrohr war sehr eng, etwa einen Finger weit, seine Wand sehr dick und fest. Im Mesenterium erschienen weder sehnenglänzende Partien noch narbige Schrumpfungen.«

Die beiden Krankengeschichten, die Symptome von sog. chronischem Ileus zeigen, sollen hier nicht wiedergegeben werden. In der Epikrise kommt Verf. zum Schluß, daß es sich wahrscheinlich einst um einen ulzerösen oder katarrhalischen Prozeß gehandelt hat, der die Peritonealreizung, welche die Verlötung herbeiführte, hervorrief.

In der letzten Abteilung seiner Arbeit erörtert Verf. ausführlich die Diagnose und Differenzierung der betreffenden Krankheit. Die Therapie, welche bisher sehr umstritten war, muß eine chirurgische sein, sobald Ileusanfälle sich eingestellt haben, oder schwere Schmerzen, Verstopfung, die allen anderen Behandlungsmethoden trotzen, sowie auch langdauernde Blutungen sich einstellen.

Hansson (Cimbrishamn).

19) **P. L. Friedrich.** Über den Nutzen der funktionellen Ausschaltung großer Darmabschnitte bei septischer Peritonitis.

(Med. Klinik 1905. Nr. 2.)

Eine ältere Frau wies neben einer durch Verlagerung eines brandigen Schenkelbruches entstandenen Kotfistel eine auf die untere Hälfte des Leibes begrenzte Peritonitis auf. Daß ein Teil des Darmes daran nicht beteiligt war, bewies auch der Abgang von Kot und Winden durch die Fistel. Bei der Laparotomie erwies sich der von der Brandfistel abwärts zum Dickdarme führende, 3 m lange Dünndarm in zum Teil eitrig-kotigen Erguß eingebettet, der obere Dünndarm dagegen entzündungsfrei. Die Lichtung des gesunden Dünndarmes wurde mit der Lichtung des Querkolons verbunden, der ganze dazwischenliegende Darm — 4 m — ausgeschaltet. In einer späteren Sitzung wurde der den Fistelteil tragende Darmabschnitt reseziert und entfernt, während die ehemals peritonitische Darmschlingenmasse mit dem halben Kolon, für die Zukunft von aller Verdauungstätigkeit ausgeschlossen, in der Bauchhöhle verblieb. Die Genesung schritt schnell vorwärts zu voller Heilung und Kräftigung.

Es gelingt demnach selbst bei septischer Bauchfellentzündung, die Darmtätigkeit teilweise und damit das Leben zu erhalten, wenn für die Kotfortbewegung des noch arbeitenden Darmteiles nicht durch den peritonitisch gelähmten Darmabschnitt ein unüberwindbares Hindernis entsteht. Die Darmserosa kann sich der septischen Infektion erwehren, wenn die Peristaltik unangetastet bleibt.

G. Schmidt (Berlin).

20) **E. S. Perman** (Stockholm). Über die Indikationen zur Operation bei Appendicitis nebst Bericht über operierte Fälle im Kraukenhause Sabbathsberg.

(Hygiea Jahrg. 66. Folge II. Jahrg. 4. p. 797. [Schwedisch.])

Während der 5 Jahre vom 1. Juni 1899 bis 31. Mai 1904 sind im Krankenhause Sabbathsberg 268 Pat. wegen Appendicitis operiert worden, von ihnen 171 im akuten Anfalle mit 38 Todesfällen = 22,16% Mortalität (nur 27 von diesen Fällen sind während der ersten 48 Stunden operiert worden, weil die meisten spät ins Krankenhaus gekommen sind); 97 mit einem Todesfalle (spätem Chloroformtod) sind im freien Intervall operiert worden. Von den im akuten Anfall Operierten kommen auf 105 mit begrenzter eitriger Peritonitis 12 Todesfälle, auf 47 mit diffuser (freier) Peritonitis 26 Todesfälle; 19 Fälle von akuter Appendicitis ohne verbreitete Peritonitis heilten ohne Todesfall.

Verf. ist Anhänger der Frühoperation und ist der Meinung, daß die Operation, richtig ausgeführt, an sich in jedem Krankheitsstadium wenig gefährlich ist. Geht es unglücklich, so ist nicht die Operation daran schuld, sondern der Umstand, daß sie zu spät gekommen ist. Verf. gibt deswegen den Rat, daß der praktische

Arzt, wenn er zu einem Falle gerufen wird, bei dem er die Diagnose Appendicitis stellen kann oder für wahrscheinlich hält, sofort einen Chirurgen rufe oder den Kranken in eine chirurgische Krankenhausabteilung sende, wenn er nicht am Anfange des 2. Tages nach dem Beginne der Krankheit überzeugt ist, daß der Anfall sich im Rückgange befindet. — Jedem Pat., der einen deutlichen, wenn auch leichten Anfall von Appendicitis gehabt hat, soll man die Intervalloperation vorschlagen. (Selbstbericht.)

21. **Alglave et Boisseau.** Laparotomie pour une perforation qui n'existait pas.

(Tribune médicale 1904. p. 342.)

43jähriger Pat., bei welchem sich in der 9. Woche eines Typhus plötzlich alle charakteristischen Symptome einer Darmperforation einstellten: rascher Temperaturabfall, fadenförmiger, sehr beschleunigter Puls, heftige Schmerzen, grünliches Erbrechen, Druckschmerzhaftigkeit des Leibes usw. Bei der Laparatomie konnte jedoch trotz genauester Absuchung des Darmes keine Perforation gefunden werden, auch sonst fehlten alle Zeichen einer solchen; der einzige pathologische Befund waren ausgedehnte falsche Membranen im Bereiche des stark injizierten Ileums, welche auf eine Strecke von mehr als $1^1/_2$ Metern gelöst wurden. Alle Erscheinungen gingen sogleich nach der Operation zurück, der Typhus nahm seinen normalen Verlauf weiter. Heilung. Der Eingriff hatte anscheinend einen günstigen Einfluß auf den ganzen Verlauf der Erkrankung ausgeübt. **Mohr** (Bielefeld).

22) **H. Riedl.** Die Erfolge der Radikaloperation bei Kruralhernien nach der Methode von F. Salzer.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 40.)

Gegenüberstellung der Ergebnisse, die im Linzer allgemeinen Krankenhause (A. Brenner) im Zeitraume von 1894 bis 1903 an insgesamt 288 Fällen von Schenkelbrüchen (61 Männer, 227 Frauen) mit der Salzer'schen Methode (Verschluß des Kruralringes mit einem Fascien-Muskellappen aus der F. pectinea) erzielt wurden, mit denen aus den Jahren 1889 bis 1903, in welchen aus verschiedenen Gründen die Herniotomie ohne Radikaloperation ausgeführt wurde (100 Fälle, davon 15 Männer, 85 Frauen).

Während bei letzteren im ganzen in 55,8% ein dauernder Erfolg eingetreten war (33,3% bei Männern, 59,4% bei Frauen), gab es bei Anwendung der Salzer-schen Methode 92,5% Dauerheilungen (96% bei Männern, 91,4% bei Frauen). Die Zahlen haben natürlich nur eine beschränkte Gültigkeit, da von einer Reihe von Pat. Nachrichten nicht einliefen, sind indessen in ihrer Gegenüberstellung von weit größerem Werte. **Hübener** (Dresden).

23) **E. Quénu.** Des ostéomes de l'intestin.

(Revue de chir. XXIV. ann. Nr. 7.)

Die 40jährige Kranke, um die es sich handelt, wurde nach längerem Leiden wegen klinischer Anzeichen von Darmstenose am 24. Juli 1901 ein erstes Mal laparotomiert — ohne daß eine stenosierte Stelle zu finden war. Die Beschwerden nahmen zu an Heftigkeit, so daß am 21. Dezember 1901 nochmals der Leib eröffnet werden mußte. Dabei wurde eine harte Stenose im Dünndarm entdeckt, und eine 23 cm lange Darmpartie mit entsprechendem Mesenterium, das vergrößerte Drüsen enthielt, entfernt. Die von Landel ausgeführte mikroskopische Untersuchung ergab den seltsamen Befund wirklichen Knochengewebes neben einer Formation, die kaum anders als mit der Bezeichnung alveoläres Sarkom belegt werden könnte. Klinisch kann die Bildung als sarkomatöse nicht betrachtet werden: Das Darmsarkom wächst rapid, und äußert sich kaum durch Darmstenosesymptome (2mal unter 45 Fällen). Auf Grund einiger Tierbefunde glaubt Q. vielmehr, daß eine primäre Ossifikation aus glatten Muskelfasern durch Reizwirkung einen entzündlich verengenden Vorgang ausgelöst habe. **Christel** (Metz).

24) **Moszkowicz.** Totale Ausschaltung des Dickdarmes bei Colitis ulcerosa.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4 u. 5.)

M. legte bei Colitis ulcerosa einen künstlichen After am Colon transversum an und behandelte das peripher von dieser Öffnung gelegene Stück des Darmes mit adstringierenden Mitteln. Es trat danach eine wesentliche Besserung des Allgemeinbefindens ein. Als nach einem halben Jahre die Kranke dringend die Beseitigung des Kunstafters forderte, exstirpierte M. das periphere Stück, also das halbe Colon transversum, Colon descendens und sigmoideum. Die beabsichtigte Einpflanzung des Endes des Colon transversum in den Mastdarm unterblieb wegen Schwäche der Kranken. 2 Tage nach dem Eingriffe Tod an Peritonitis. Die Untersuchung ergab, daß distal vom Kunstafter die Heilung sehr gut im Gange war, es war fast völlige Vernarbung eingetreten, während proximal davon die ganze Schleimhaut des Kolon von Geschwüren übersät war. M. schließt daraus, daß man bei der Erkrankung den Kunstafter am Dünn- oder Blinddarm anlegen soll; die Ausschaltung eines Teiles des Dickdarmes oder nur des Sigmoideum genügt nicht, wie Nehrkorn es empfohlen hatte. M. empfiehlt also, bei Colitis ulcerosa zunächst am Blinddarm eine Fistel anzulegen und den Dickdarm längere Zeit mit Durchspülungen zu behandeln. Erfolgt darauf keine Heilung, so schlägt er vor, den Blinddarm in den After einzupflanzen und so den Dickdarm ganz auszuschalten; darauf hinzielende Tierexperimente werden mitgeteilt. **Haeckel** (Stettin).

25) **J. Bayer.** Primäre Tuberkulose der Milz.

(Festschrift zur Eröffnung der Akademie für prakt. Medizin in Köln.)

26) **Bardenheuer** und **Böger.** Splenektomie bei Milzruptur.

(Ibid.)

Die erste Arbeit ist ein Separatabdruck der Mitteilungen aus den Grenzgebieten für Medizin und Chirurgie 1904 Hft. 4 u. 5.

In der zweiten werden zwei Fälle von Milzruptur mitgeteilt, die durch Exstirpation des jedesmal schwer verletzten Organs zur Heilung kamen. In einem Falle bestand noch ein beträchtlicher Riß im Pankreasschwanze, der durch tiefgreifende Catgutnähte versorgt wurde. Das sicherste Verfahren bei der Behandlung der Milzruptur ist die Exstirpation des verletzten Organs, nur bei kleinen, nicht tiefgreifenden Rissen kann auch die Naht in Frage kommen. Von 52 Fällen von Splenektomie bei Milzruptur sind 32 geheilt, 20 gestorben.

Müller (Dresden).

27) **L. Ombrédanne** et **A. Martin.** Angiome de la rate. Splénectomie. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Bd. LXXIX. Nr. 1.)

Die leider sehr kurze Mitteilung besagt nur, daß die 31jährige Trägerin der Geschwulst — über deren Größe und Gewicht wir nichts erfahren — sehr abmagerte. Die freigelegte Milz sah grauviolett aus, und über die Außenwand ragten mehrkammerige, durchscheinende Kysten. Die Erweiterung betraf hauptsächlich die Lymphräume-Lakunen, weniger die Gefäße selbst. **Christel** (Metz).

28) **Lossen.** Zur Kenntnis des Banti'schen Symptomenkomplexes.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4 u. 5.)

L. gibt einen charakteristischen Fall Banti'scher Krankheit aus der Lichtheim'schen Klinik, der wegen des genauen Studiums der Venenverhältnisse von Wichtigkeit ist. Ein 24jähriges Mädchen hatte eine große Milzschwellung und beträchtliche Anämie; zur Annahme einer Lebercirrhose berechtigte nichts im Krankheitsbilde. Es fehlten alle Zeichen einer Stauung im Pfortadergebiet, sowie jede

Spur von Ikterus; die Leber war von normaler Größe. Also eine Unterscheidung zwischen einfacher Anaemia splenica und dem ersten Stadium des Morbus Banti war nicht möglich, da man in beiden Fällen die Splenektomie mit Erfolg ausgeführt hat, so wurde sie auch hier angeraten. Die Operation stieß auf ganz unerwartete Schwierigkeiten infolge der enormen Entwicklung der venösen Gefäße der Milz und der großen Brüchigkeit ihrer Wandungen; wenigstens indirekt ist der ungünstige Ausgang darauf zurückzuführen, indem dadurch die Dauer der Operation außerordentlich verlängert und die Gefahr einer Infektion erhöht wurde. 16 Tage nach der Operation starb die Kranke an subakuter, eitrig-fibrinöser Pleuritis. Bei der Sektion fand sich Dilalation und Sklerose der Vena lienalis nicht nur, sondern auch der übrigen Pfortaderwurzeln. Die Mesenterialvenen, die V. coronaria usw. waren stark erweitert und geschlängelt und zum Teil thrombosiert; hinter der Stelle der entfernten Milz fand sich ein mächtiges Konvulat von varikösen Venen. An der Innenfläche der Venen des Pfortaderwurzelgebietes, sowie der V. portarum und ihrer Äste fanden sich zahlreiche leistenförmige oder plattenförmige Verdickungen, während die Wand im allgemeinen nicht verdickt war. Diese sklerotische Affektion des Pfortaderstammes, seiner Äste und Wurzeln, die auch sonst in der Literatur bei Banti'scher Krankheit beschrieben ist, hält L. für eine primäre Veränderung, die Trombose für sekundär. L. ist nicht der Ansicht, daß die Milzhyperplasie eine Folge der Venenerkrankung ist, hält vielmehr beide für koordinierte Wirkung einer unbekannten allgemeinen Ursache, die im vorliegenden Falle nicht zur ganzen Banti'schen Trias: Lebercirrhose, Milzschwellung und Phlebosklerose, sondern nur zu den beiden letzteren führte. Der eigentümliche anämische Blutbefund: erhebliche Oligochromämie, geringe Oligocytämie und starke Leukopenie unter besonders starker Verminderung der Lymphocyten, wäre als Folge der Funktionsstörung der Milz aufzufassen. — Zum Schluß gibt L. noch zwei Beobachtungen von Anaemia splenica mit Leukopenie.

Haeckel (Stettin).

29) **Schnitzler.** Ein Fall von subkutaner Leberverletzung.

30) **Lotheissen.** Dito.

(Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien; Sitzung vom 14. Oktober 1904.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 42.)

S.'s Fall betrifft eine 17jährige Arbeiterin, der ein Bierwagen über den Leib (angeblich unterhalb des Nabels) gefahren war. Ca. 9—10 Stunden nach dem Unfalle Laparotomie. Es fanden sich etwa 2 Liter Blut in der Bauchhöhle. Al Quelle der Blutung erwies sich die Leber. Ein faustgroßes Stück Leber lag ganz frei zwischen Leber und Magen. Die entsprechende Lücke fand sich am unteren hinteren Rande des linken Leberlappens. Da eine Naht an dieser Stelle unmöglich war, wurde die Blutung mittels in verdünnte Adrenalinlösung getauchter Tampons gestillt, die aus dem obersten Wundwinkel herausgeleitet wurden. Komplikation durch schwere Erscheinungen seitens der linken Lunge (embolischer Natur). Ausgang in Heilung.

L.'s Fall, 24jähriger Mann, der bei einer Benzinexplosion von einem Fasse platt auf den Bauch getroffen wurde, gelangte 5 Stunden nach der Verletzung zur Operation. Auch hier etwa 2 Liter Blut im Bauche. Vom linken Leberlappen war ein apfelgroßes Stück bis auf einen kleinfingerdicken Stiel abgerissen. Zur Blutstillung wurden vier Nähte angelegt, die über Jodoformgazebäuschen geknüpft wurden, der Stiel mit dem Paquelin abgetragen. Jodoformgazetampon zwischen Unterfläche der Leber und Magen zur besseren Entfernung der Bäuschchen.

Auch hier erfolgte völlige Heilung.

Hübener (Dresden).

31) **Bardenheuer und Sonnenschein.** Zur Kasuistik der Leberschüsse.

(Festschrift zur Eröffnung der Akademie für prakt. Medizin in Köln.)

Der eine Leberschuß — Revolvergeschoß aus 3 m Entfernung, Einschußöffnung über der Leberdämpfung, zwei Querfinger einwärts der Mammillarlinie — wurde, da keine alarmierenden Symptome bestanden, expektativ behandelt und geheilt.

Im zweiten Falle wurde 2 Jahre nach der Schußverletzung infolge zunehmender, heftiger Beschwerden beim Atmen — Seitenstechen rechts —, die neben pleuritischen Residuen auf eine traumatische Hepatitis (König) zurückgeführt wurden, die sekundäre Entfernung des Geschosses versucht, die wegen eintretender Schwäche des Pat. erst bei einem wiederholten Eingriffe gelang. Das Geschoß fand sich in der Leber reaktionslos eingeheilt — keine Narbenzüge, nichts von einer Hepatitis im Sinne König's. — Nach sehr schwerem Krankenlager trat Heilung ein. Es wird geraten, bei leichten Leberschußverletzungen nur auf zwingende Indikationen hin zu operieren, da die sekundären Erkrankungen — Infektion, Hepatitis usw. — durch einen operativen Eingriff nicht verhütet werden könnten und die Gefahren in keinem Verhältnis zur Größe der Verletzung ständen. **Müller** (Dresden).

32) **Bardenheuer und Fraune.** Ein Beitrag zur Lehre von den Pankreascysten.

(Festschrift zur Eröffnung der Akademie für prakt. Medizin in Köln.)

Die Arbeit bietet deshalb ein besonderes Interesse, weil F. bei der nach Gussenbauer in die vordere Bauchwand eingenähten Cyste während 3 Monaten das von ihr gelieferte Sekret zu wiederholten Malen nach verschiedenen Richtungen hin untersuchte. Die Resultate dieser sich der Hauptsache nach auf dem Gebiete der Verdauung bewegenden Experimente, die im Originale nachgelesen werden mögen, ergaben, daß es sich »um ein Sekret handelte, das starke diastatische Wirkung hatte, die durch Darmsaft gesteigert wurde, deutliche fettspaltende Kraft zeigte, die durch Darmsaft und besonders durch Galle vermehrt wurde, und das bei Gegenwart von Darmsaft tryptische Wirkung besaß«. Da die Fistel keine Neigung zum Schließen zeigte, exstirpierte B. nach Resektion der 12. Rippe von einem von der 11. Rippe bis fast zum Darmbeinkamm reichenden seitlichen Schnitt extraperitoneal den Schwanz und einen Teil des Körpers des Pankreas. Heilung. **Müller** (Dresden).

Der 22. Kongreß für innere Medizin

findet vom 12.—15. April 1905 zu Wiesbaden statt unter dem Vorsitze des Herrn Geheimrat Erb (Heidelberg). Als Verhandlungsthemata des ersten Sitzungstages ist bestimmt: ***Über Vererbung.*** *1. Referat: Über den derzeitigen Stand der Vererbungslehre in der Biologie: Herr H. E. Ziegler (Jena), 2. Referat: Über die Bedeutung der Vererbung und der Disposition in der Pathologie mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose: Herr Martius (Rostock). Vorträge haben angemeldet: Herr A. Hoffmann (Düsseldorf): Über Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen; Herr Paul Krause (Breslau): Über Röntgenstrahlenbehandlung der Leukämie und Pseudoleukämie; Herr Schütz (Wiesbaden): Untersuchungen über die Schleimsekretion des Darmes; Herr M. Matthes (Jena): Über Autolyse; Herr Clemm (Darmstadt): Über die Bedeutung der Heftpflasterstützverbände für die Behandlung der Bauchorgane.*

Mit dem Kongresse ist die übliche Ausstellung von Instrumenten, Apparaten und Präparaten, soweit sie für die innere Medizin von Interesse sind, verbunden.

Anmeldungen von Vorträgen und für die Ausstellung sind zu richten an Geheimrat Dr. Emil Pfeiffer, Wiesbaden, Parkstraße 13.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,

in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 4. **Sonnabend, den 28. Januar.** **1905.**

(Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Breslau. Geh.-Rat v. Mikulicz.)

Die Anastomose zwischen Magen und Speiseröhre und die Resektion des Brustabschnittes der Speiseröhre.

Von

Dr. **Sauerbruch**, Assistent der Klinik.

Das interessanteste Problem, dessen Bearbeitung und Lösung unter der Benutzung meines Verfahrens zur Ausschaltung des Pneumothorax möglich wurde, ist die Chirurgie des Ösophagus. Es wurde damals auch in erster Linie dieser Teil der intrathorakalen Chirurgie

von uns in Angriff genommen und Herr Geh.-Rat v. Mikulicz hat auf dem letzten Chirurgenkongreß darüber berichtet. Die Erfolge waren zunächst sehr schlechte und standen in traurigem Einklange mit allen bisherigen Erfahrungen über die Ösophagusnaht und die Infektiosität der Pleurahöhle. Man mußte der Möglichkeit, mit Erfolg die Speiseröhre des Menschen operativ in Angriff zu nehmen, sehr skeptisch gegenüber stehen. Ich habe im Laufe des Jahres immer wieder versucht, durch zahlreiche Modifikationen der Operationsmethoden, schließlich durch Anwendung der peinlichsten Asepsis, ein zuverlässigeres Verfahren für die Chirurgie des Ösophagus zu finden, hatte aber bis vor $^1/_4$ Jahr trotz der Erleichterung, die durch Anwendung der großen Kammer geschaffen wurde, nur wenig bessere Resultate als meine Vorgänger, die unter künstlicher Atmung die Operation versucht hatten. Schließlich haben mich aber die fortgesetzten Versuche doch zum Ziele geführt, und ich bin trotz anfänglicher Mißerfolge seit $^1/_4$ Jahr zu Resultaten gekommen, welche wohl zeigen, daß das Problem der Ösophagusoperationen einschließlich der Resektion experimentell wenigstens gelöst ist. Alle Einzelheiten der Operation, der Nachbehandlung usw. sind ausführlich in einer Arbeit beschrieben, die demnächst erscheint.

Alle Operationen nehmen wir mit Unterdruck in der pneumatischen Kammer vor in der Weise, wie ich es mehrfach geschildert habe. Die Eröffnung der Brusthöhle wird von einem Interkostalschnitt aus vorgenommen, den v. Mikulicz angab und bereits auf dem Chirurgenkongreß empfahl. Drei Hauptfaktoren sind für das Gelingen der Ösophagusoperationen von besonderer Wichtigkeit. 1) Peinliche Asepsis, 2) Ausschalten der Naht und statt dessen zweckmäßiges Anlegen des Murphyknopfes, 3) die Anwendung von Mitteln, welche sehr schnelle Verklebungen herbeiführen, speziell der Lugol'schen Lösung.

1) Die Anastomose zwischen Magen und Speiseröhre. Diese Operation scheint mir viel versprechend. Sie ist bei einiger Übung technisch sehr einfach und im Effekt sehr zuverlässig. Nach gründlicher, mehrfacher Reinigung des Tieres wird dasselbe in rechter Seitenlage auf den Operationstisch aufgebunden und desinfiziert (Kammerdruck-10—12 Hg). Interkostalschnitt im 5. Interkostalraum. Haut, Fascie und Muskel werden durchtrennt bis auf die zarte Pleura; diese wird mit einer Pinzette in einer Falte emporgehoben und mit der Schere eingeschnitten. Einführen einer Sonde oder eines Fingers, auf dem der Pleuraschnitt in der Ausdehnung des Haut-Muskelschnittes erweitert wird. Einführung der Hände, Auseinanderziehen der Rippen, Anlegen des v. Mikulicz'schen Rippensperrers. Mit Tampons wird jetzt die Lunge zurückgedrängt, so daß Aorta und Ösophagus mit den beiden Vagi und der verbindenden Anastomose sichtbar werden. Unmittelbar über dem Hiatus des Zwerchfelles wird jetzt der Ösophagus mit einer Krallenzange gefaßt und durch Zug von seiner beweglichen Unterlage abgehoben. Dadurch spannt sich der Cardiateil

der Speiseröhre an und wird als grauweißer, 1—2 cm breiter Saum oberhalb des Zwerchfellringes sichtbar. Dieser Teil hat einen zweifachen serösen Überzug von Pleura und Peritoneum. Durch Anheben einer kleinen Falte wird jetzt, während der Assistent den Ösophagus an der Hakenklemme fixiert hält, zunächst die Pleura und dann das Peritoneum gespalten, so daß auf diese Weise die Bauchhöhle eröffnet wird. Aus diesem Spalte kann man den Magen herausziehen und intrapleural verlagern [1]. Wichtig ist, daß bei all diesen Manipulationen die Vagi vollständig geschont werden und die Speiseröhre aus ihrer Umgebung nicht isoliert wird. Im Tierexperiment wird nun von einem Assistenten außerhalb der Kammer mit einer Ösophagussonde der weibliche Teil eines Murphyknopfes langsam durch die Speiseröhre in den Cardiateil des Magens geführt. Mittel-, Zeigefinger und Daumen der rechten Hand des Operateurs haben den Cardiateil umgriffen und suchen den Knopf durch die Wand hindurch zu fassen. Die Sonde wird langsam wieder herausgezogen, während der Operateur den gefaßten Knopf in den vorgezogenen Magenzipfel bringt. (Es empfiehlt sich, stets den Fundus zu der intrapleuralen Verlagerung zu benutzen.) An geeigneter, gefäßfreier Stelle wird eine kleine Inzision in die Magenwand gemacht und der Knopf so durch dieselbe durchgedrückt, daß überall die Magenwand sich fest an den Knopf anlegt, wie es Meinhard Schmidt für Magen-Darmoperationen bereits beschrieben hat. Eine Schnürnaht ist dann zur Fixation überflüssig.

Auf dieselbe Weise wird jetzt der männliche Teil des Knopfes mit der Sonde in die Speiseröhre geführt und an die Stelle gebracht, wo die Anastomose hergestellt werden soll. Wiederum umgreifen die Finger der rechten Hand den deutlich fühlbaren Knopf, halten ihn fest, und die Sonde wird unter drehenden Bewegungen herausgezogen. Dieser Teil des Knopfes wird jetzt so gedreht, daß sein Zylinder nach der vorderen Seite des Ösophagus zu liegen kommt und sich scharf auf der Wand abzeichnet. Dem Durchmesser des Zylinders entsprechend, wird jetzt eine kleine Längsinzision durch Muscularis und Schleimhaut gemacht und die Wundränder über den Zylinder gezogen. Damit tritt der letztere durch die Speiseröhrenwand durch, und allseitig liegt dieselbe fest an ihm an. Zeigefinger und Daumen der linken Hand halten nun diesen Teil des Knopfes fest, während die rechte den Magenzipfel mit dem eingeführten Knopfe faßt und in der üblichen Weise ihn mit dem Speiseröhrenteile vereinigt. Zu betonen ist, daß dabei die linke Hand vollständig in ihrer Lage bleibt und die Speiseröhre weder gezerrt noch verschoben wird. Auch ist die Pleura von ihm nicht abgelöst, ebenso wenig die Vagi. Nach dieser Vereinigung von Magen und Speiseröhre ist die eigentliche Operation beendet und jede weitere Naht zur Sicherung des Knopfes vollständig überflüssig. Es folgt die Zwerchfellnaht. Zunächst klemmt man provisorisch an zwei oder drei Stellen das Zwerchfell an den pleural ver-

[1] Diese Verlagerung wurde zuerst von v. Mikulicz gemacht, der mit dem heraufgeholten Magen die zirkuläre Ösophagusnaht plastisch bedeckte.

lagerten Magenzipfel an, um sich davon zu überzeugen, ob durch die Exkursionen des Zwerchfelles ein Zug, der die Sicherheit des Knopfes gefährden könnte, ausgeübt wird. Ist das der Fall, so muß man soviel von dem Magen noch intrapleural verlagern, bis die Bewegungen des Zwerchfelles ohne Einwirkung auf den Magenzipfel bleiben. Man fixiert das Zwerchfell durch 8—10 Seidennähte, die die ganze Muskulatur des Zwerchfelles und die Serosa und Muscularis des Magens fassen, zirkulär an den Magen. Jetzt wird mit Lugol'scher Lösung die Anastomose, die Zwerchfellnaht und schließlich die Pleura betupft, die Pleurahöhle mit Kochsalz ausgespült und der Interkostalschnitt durch Dreietagennaht geschlossen.

Diese eben beschriebene Operation habe ich hintereinander in der letzten Zeit an 13 Hunden gemacht, von denen 3 ad exitum gekommen sind. Alle drei Todesfälle sind nicht durch Undichtigkeit der Verbindung oder Infektion zu erklären, sondern durch plötzliche, infolge von schlechter Magen-Zwerchfellsnaht eingetretene Totalhernie des Magens. In zwei Fällen waren die Tiere am 5. bezw. 7. Tage von dem Verbandtische heruntergesprungen und plötzlich gestorben. (Die sofort vorgenommene Sektion ergab, daß der maximal mit Flüssigkeit gefüllte Magen durch die Zwerchfellücke, die durch Durchschneiden der Fäden entstanden war, sich durchgepreßt und das Herz derartig komprimiert hatte, daß der Tod infolgedessen sofort eintrat.) Gegen diese Komplikation kann man sich durch sorgfältige Naht und Ruhighalten der Tiere in der ersten Zeit nach der Operation schützen.

Die Anastomose kommt in Frage bei impermeablen Strikturen der Speiseröhre, bei Divertikeln im unteren Abschnitt, aber wohl nur ganz selten an Stelle der jetzt üblichen Gastrostomie bei inoperabler karzinomatöser Stenose. Natürlich muß dann wegen der Undurchgängigkeit der Striktur die Operation dahin modifiziert werden, daß man den weiblichen Knopf nicht mehr durch die Speiseröhre, sondern vom Magen aus in den vorgezogenen Magenzipfel bringt. Man macht in der üblichen Weise eine Inzision und dann Schnürnaht, durch die der Knopf fixiert wird. Die Hauptsache bleibt, daß der Speiseröhrenteil des Knopfes nach wie vor ohne Naht zuverlässig angelegt ist.

Auf diese Weise kann man die untere Hälfte der Speiseröhre vom Hiatus pulmonalis bis zur Cardia bequem ausschalten. Ja beim Hunde läßt sich der Magen soweit vorziehen, daß man noch im obersten Drittel der Speiseröhre leicht und erfolgreich eine Anastomose herstellen kann.

2) Die Resektion der Speiseröhre: Daß es bisher noch nicht gelungen ist, aus der Kontinuität der Speiseröhre größere Stücke zu resezieren und eine Dauervereinigung zu erzielen, liegt an ihrer geringen Beweglichkeit und an der großen Spannung, hauptsächlich aber an der Unmöglichkeit, die Enden durch Naht dicht zu verschließen. Dadurch, daß ich genau wie bei der oben beschriebenen Operation den Magen intrapleural verlagerte, konnte ich einmal den nach der Re-

sektion der Speiseröhre entstandenen Defekt bequem durch Heranziehen des unteren Endes ausgleichen, ferner war es möglich an Stelle der bisherigen Naht der Enden eine Vereinigung durch Knopf, wie ich sie für die Anastomose beschrieben habe, anzuwenden.

Die Operation beginnt genau wie bei der Herstellung einer Anastomose. Interkostalschnitt, Einbringen der Knöpfe. Der männliche Knopf wird bei der Resektion etwa 2 cm oberhalb der oberen Resektionsgrenze angelegt, der weibliche wieder in den Fundus des Magens genau wie vorher. Nach der Vereinigung der Knöpfe wird erst die Resektion vorgenommen. — 2 cm unterhalb des Speiseröhrenknopfes wird nach Isolierung der Vagi von der Speiseröhre mit einer Darmquetsche der Ösophagus durchquetscht und darauf durch eine feste Seidenligatur zugeschnürt. Unterhalb der Ligatur durchtrenne ich die Speiseröhre und kann nun bequem das untere Ende von seiner Unterlage unter Schonung der Vagi soweit isolieren, wie es für die Resektion nötig ist. Das untere Ende verschließe ich genau wie das obere durch eine Ligatur, stülpe es in den Magen ein und fixiere es durch eine Schnürnaht genau so, wie man es bei der Resektion des Wurmfortsatzes macht. Der obere Stumpf läßt sich bequem mit dem zur Anastomose heraufgezogenen Magenzipfel bedecken und vernähen, so daß der Verschluß doppelt gesichert ist. Es folgt die oben beschriebene Magen-Zwerchfellnaht. Ausspülen der Pleurahöhle mit Kochsalzlösung. Betupfen der Nahtstellen mit Lugol'scher Lösung und Naht des Interkostalschnittes bilden den Schluß der Operation. Eine sichere Einstülpung des oberen Endes ist wegen Zerreißlichkeit der Muskulatur ausgeschlossen.

Von den auf diese Weise operierten 11 Hunden starb keiner, obwohl ich bei einem über 7 cm reseziert habe. Die Tiere fühlen sich wohl, fressen alles außer Knochen und haben die Operation mindestens schon 6 Wochen überstanden. Bei einem Tiere, das ich 4 Wochen nach der Operation absichtlich sezierte, fand ich, daß der Magenzipfel sich zu einem Schlauch umgewandelt hatte, der als eine Art Speiseröhre angesprochen werden kann.

Wahrscheinlich ist diese Methode in ihrer Anwendung beschränkt auf den Teil zwischen Hilus und Cardia.

Auch für den für die Resektion unbequemen Abschnitt in der Gegend der Bifurkation und oberhalb derselben habe ich ein Verfahren ausgebildet, das in zweizeitiger Operation mit plastischem Ersatze des Defektes besteht. Es ist praktisch nicht entfernt so wichtig wie die Anastomose und die Resektion des unteren Abschnittes, und ich verweise deshalb, da es hier an Platz für die Beschreibung mangelt, auf meine ausführliche Arbeit. Dagegen möchte ich noch kurz ein Verfahren für die Resektion des Cardiateiles und des untersten Abschnittes der Speiseröhre beschreiben, das ich die Einstülpungsmethode nennen möchte. Es ist eine Operation in zwei Zeiten.

Der erste Akt besteht darin, daß ich zunächst, genau wie bei den oben beschriebenen Operationen, nach Thorakotomie das Zwerch-

fell — diesmal zirkulär — von dem Ösophagus ablöse und den untersten Teil der Speiseröhre mobilisiere, die Vagi isoliere. Jetzt stülpe ich den untersten Teil der Speiseröhre in den vorgezogenen Magen nach Art eines Handschuhfingers ein und fixiere durch Seidennähte den Magen zirkulär an den Ösophagus. Dadurch entsteht im Magen ein Zapfen, der etwa wie die Portio in die Vagina hineinragt; er wird gebildet von der eingestülpten Cardia und dem untersten Teile der Speiseröhre. Das Zwerchfell wird wiederum, wie oben beschrieben, an den vorgezogenen Magen angenäht.

Zweiter Akt nach 14 Tagen: Laparotomie. Hervorholen des Magens, Gastrotomie. Unter Kontrolle des eingeführten Zeige- und Mittelfingers der linken Hand wird jetzt das eingestülpte Stück der Speiseröhre mit einer Cooper'schen Schere abgeschnitten. Blutung gering. Schluß der Magen- und Laparotomiewunde.

Diese Operation hat sich im Tierexperiment ebenfalls durchaus bewährt. Sie kommt natürlich beim Menschen nur in Frage bei ganz kleinen umschriebenen Tumoren der Cardia bezw. des untersten Speiseröhrenabschnittes und ist hier wohl das Idealverfahren für die Resektion.

Zum Schluß möchte ich noch betonen, daß ich mich von der Möglichkeit, diese Operationen am Menschen auszuführen durch Leichenstudien überzeugt habe. Der Magen ist beim Menschen hinreichend mobil, die Isolierung am Hiatus oesophageus gelingt auch hier sehr leicht. Daß beim Menschen der Interkostalschnitt (4. oder 5.) hinreichend Zugang schafft, daß ferner die Isolierung der Vagi gelingt und im übrigen die Verhältnisse ebenso wie beim Tiere sind, das haben uns drei Thorakotomien am Menschen bewiesen, die zur Resektion der Speiseröhre vorgenommen wurden. Alle drei Fälle wurden vor Ausarbeitung der jetzigen Methode operiert, und es handelte sich außerdem um zu weit fortgeschrittene Tumoren der Speiseröhre, bei denen die Resektion nicht mehr in Frage kam.

In betreff aller Einzelheiten verweise ich auf die demnächst erscheinende Arbeit, und ich denke auf dem nächsten Chirurgenkongreß eine Anzahl Operationspräparate zu demonstrieren.

---

1) **Fellner.** Die Chirurgie der Schwangerschaft, insbesondere bei internen Erkrankungen.

(Zentralblatt für die Grenzgebiete der Medizin u. Chirurgie Bd. VII. Hft. 18—20.)

In seiner Arbeit erbringt Verf. den Beweis für die Richtigkeit der Ansicht Schauta's, daß die größten und schwersten Operationen während der Schwangerschaft ausgeführt werden können, ohne daß deren Verlauf oder die Schwangerschaft eine Störung erleiden, da kein operativer Eingriff die Schwangerschaft unterbricht, wenn nicht das Wehenzentrum sehr leicht erregbar ist oder sich bereits in einem Reizzustande befindet. Die Operation selbst bildet hier nur die Gelegenheitsursache für die Unterbrechung, die wahrscheinlich auch sonst

erfolgt wäre. Besonders lehrreich sind die Erfolge der operierten Extra-uterin-Schwangerschaften bei gleichzeitig bestehender Uterusgravidität. Wenn bei irgendeiner Operation, so müßte bei dieser Schwangerschaftsunterbrechung eintreten. Es sind aber vier derartige Fälle mit ungestörtem Fortbestehen der intra-uterinen Schwangerschaft operiert. Die Zusammenstellung der einzelnen Organerkrankungen, die zu Operationen Veranlassung geben können, und bei denen Operationen ausgeführt sind, ihre Indikationen und Erfolge bilden den größten Teil der Arbeit, welche die berechtigte Schlußfolgerung zuläßt, daß die Schwangerschaft bei internen Krankheiten kein Hindernis für die Vornahme entsprechender auch sonst gebotener Operationen ist, ja daß sie in manchen Fällen die Notwendigkeit der Operation erhöhen kann, z. B. bei allen Eiterungsprozessen, wo sie auch sitzen mögen.

Müller (Dresden).

---

2) **A. Hoffmann** und **E. Küster.** Ein Beitrag zur Bakteriologie der Noma. (Aus dem hygienischen Institute der Universität Freiburg i. Br.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 43.)

Den Verff. ist es gelungen, aus einem in der Freiburger chirurgischen Klinik beobachteten Nomafall einen leicht gebogenen schlanken Bazillus zu züchten, der auf allen gebräuchlichen Nährböden, gut bei Vorhandensein von Sauerstoff, kümmerlich bei Luftabschluß gedeiht, oft zu langen Fäden auswächst, die sich meist septiert färben, aber nicht verzweigen. Sporenbildung tritt in 48 Stunden alten Kulturen, besonders auf Gelatine, reichlich auf. Die Färbung gelingt mit allen Anilinfarben; Gram: negativ. Über weitere Einzelheiten siehe die Arbeit, die mehrere gute Abbildungen von Präparaten bietet.

Kramer (Glogau).

---

3) **A. Bier.** Die Bedeutung des Blutergusses für die Heilung des Knochenbruches. Heilung von Pseudarthrosen und von verspäteter Kallusbildung durch Bluteinspritzung.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 1 u. 2.)

Der Knochen läßt sich durch künstliche Zufuhr von Nährstoffen, d. h. von Blut, passiv ernähren. Andererseits wirkt der Bluterguß des Knochenbruches zugleich als entzündungserregender Reiz. Insofern ist er also sicher nützlich. Da, wo er fehlt oder weggeschafft wird, z. B. bei Diaphysenbrüchen, die genäht werden, oder komplizierten, operativ freigelegten Frakturen, wird häufig die Kallusbildung verzögert. Die Richtigkeit dieser theoretischen Erwägungen erprobte B. praktisch durch Bluteinspritzungen bei Pseudarthrosen. Als Beleg dienen die Krankengeschichten von drei ausgebildeten und sieben beginnenden Pseudarthrosen. In sieben von diesen zehn, größtenteils im Röntgenbilde verfolgten Fällen war der Erfolg ein vollständiger, bei einem ein teilweiser; nur bei einem Falle blieb er ganz aus. In dem

noch übrigen Falle wurde außerdem die Knochennaht ausgeführt, und es ist immerhin zweifelhaft, ob die Bluteinspritzungen zu seiner Heilung beigetragen haben.

Eine sehr gut schließende, stärksten Druck aushaltende 30 ccm-Spritze mit Lederkolben und weiter und starker, am besten exzentrisch angesetzter Hohlnadel wird nach 24stündiger Lagerung in 5%iger Karbollösung durch die Haut in eine gestaute Armvene eingestochen, voll Blut gesaugt und sofort auf die Bruchenden, womöglich zum großen Teil unter die Knochenhaut und, wenn das nicht geht, zwischen die Bruchenden unter starkem Druck ausgespritzt. Die Bruchstelle unterliegt einer erheblichen reaktiven Entzündung und Überernährung. Das Blut dient selbst als Nahrstoff und verdichtet sich bald zu einem harten festen Ringe, der unmittelbar in die Kallusbildung überleitet.

Leuten, deren Knochenbrüche trotz erheblichen Blutergusses nicht fest werden, fehlt wahrscheinlich im Blute der genügende Reiz zur Knochenneubildung. In zwei solchen Fällen wurde Blut anderer Menschen eingespritzt. Einen noch stärkeren Reiz würde Hammel- oder Hundeblut abgeben.

Trotz alledem ist daran festzuhalten, daß bei frischen Knochenergüssen der Bluterguß, sofern er übermäßig oder in den Weichteilen — als Anlaß schädlicher Schwielenbildung oder in und um die Gelenke — auftritt, nach wie vor durch kräftige Massage, besser noch durch die Heißluftbehandlung bekämpft wird. **G. Schmidt** (Berlin).

---

4) **Troller.** Beiträge zur Chirurgie der Sehne.

Inaug.-Diss., Basel, 1904.

Die vorliegende, dem Hübscher'schen orthopädischen Institut in Basel entstammende Dissertation liefert interessante Beiträge zur Geschichte der Sehnenchirurgie. Im ersten Abschnitte gibt T. zunächst einen historischen Überblick über Verletzung und Naht der Sehne im allgemeinen; in den folgenden Abschnitten skizziert er die Geschichte der speziell orthopädischen Sehnenoperationen, Tenotomie, plastische Sehnenverlängerung, Sehnenverkürzung und Sehnenüberpflanzungen, wobei auch die modernen Operationsmethoden eingehender berücksichtigt werden. Anhangsweise teilt T. sodann in einer etwas gedrängten tabellarischen Übersicht eine Kasuistik von 80 orthopädischen Operationen aus dem Hübscher'schen Institute mit, bei denen Verkürzung, Verlängerung und Verlagerung von Sehnen in Anwendung gekommen waren. **Deutschländer** (Hamburg).

---

5) **O. Horwitz.** The best method of operating to effecta radical cure of senile hypertrophy of the prostate gland: based on the study of 150 radical operations.

(New York and Philadelphia med. journ. 1904. Nr. 6—8. II. Hälfte.)

6) **F. Lydston.** The indications for and the technique of prostatectomy.

(Ibid.)

Die beiden Arbeiten, die nebeneinander in denselben Nummern eines Blattes erschienen sind, geben in der Verschiedenheit der Ansichten ihrer Verff. über wesentliche Punkte ein Bild davon, wie viel auf dem jungen Gebiete der Prostataoperationen noch zu klären ist. H. bevorzugt meist die Bottini'sche Operation, von der L. überhaupt nicht Notiz nimmt. Dem ersteren ist die Cystoskopie ein unschätzbares Hilfsmittel, L. hält sie meist nicht nur für nutzlos, sondern für gefährlich. Nach L. ist zur Herstellung einer durchgängigen Harnröhre Erhaltung eines, wenn auch schmalen, Streifens Harnröhrenschleimhaut unbedingt nötig; H. hat fünfmal diese Schleimhaut im ganzen Umfange weggenommen, mit glatter Heilung und Bildung einer neuen Harnröhre (obgleich man auch nach ihm sich bemühen soll, einen Teil bestehen zu lassen).

Einig sind beide in der Forderung frühzeitigen Operierens: H. hält die Indikation für gegeben, sobald tägliches Katheterisieren nötig wird — nicht erst bei der elenden Verfassung, in der die Pat. meist von den Praktikern zum Chirurgen gebracht werden. L. geht weiter: jede Prostatahypertrophie soll mit Ektomie behandelt werden, sobald sie entdeckt ist, bevor irgendwelche Komplikationen eingetreten sind. Bei gesunden Leuten ohne Cystitis erscheint ihm die Operation nicht gefährlicher, als die Intervalloperation bei Appendicitis. Die Statistik beweist in dieser Hinsicht nichts wegen der vielen Operationen an Spätfällen. Im allgemeinen besteht die Hypertrophie nach ihm zuerst in einer adenomatösen Wucherung, die dann zu einer Art Adenofibrom wird und endlich rein fibromatösen Charakter annimmt. Dann ist sie viel schwerer zu exstirpieren, als im ersten Stadium; deshalb: je eher Prostatektomie, desto besser.

Für L. geben bei Kranken unter 55 Jahren ernste Nierenerkrankungen eine Kontraindikation, zwischen 55 und 65 Jahren ernste Blasen- und Nierenerkrankungen. Zwischen 65 und 70 Jahren wird die Operation empfohlen, wenn der Katheterismus Schwierigkeiten macht oder wenn das Katheterleben eben erst begonnen wurde, auch bei Blasenkomplikationen, wenn die Nieren gesund sind. Sonst nur palliative Eingriffe oder, wenn der Katheterismus lange gut vertragen wurde, Fortsetzung des Katheterlebens. In diesem Alter ist die Funktion der Blasenmuskulatur oft so schlecht, daß der Kranke ohne die Prostata oft schlimmer daran ist, als zuvor mit dem Katheter. Bei Kranken über 70 Jahre müssen die Indikationen noch mehr eingeschränkt werden.

Ihm ist die perineale Prostatektomie die Operation der Wahl, wenn nötig, unter Hinzufügung einer suprapubischen Inzision. Er warnt vor zu großem Optimismus bezüglich der Prognose und betont, daß der Verlauf nicht immer so glatt zu sein braucht, wie sichs nach einigen günstigen Berichten erwarten ließe.

Bezüglich der Wahl der Operationsmethode hat H.'s Urteil wohl mehr Gewicht, der neben 55 Prostatektomien auch die Bottini'sche Operation (95mal) erprobt hat. Er hält sie in geeigneten Fällen für weniger gefährlich; um diese Fälle herauszufinden, dient ihm das Cystoskop.

Unter 95 nach Bottini Operierten starben ihm 3 (sehr alte Leute, 1 an Urämie, 2 an Sepsis); 11 kamen außer Sicht, 81 wurden nachuntersucht: davon waren 25 Frühoperationen im Alter von 53 bis 62 Jahren, die meist seit einigen Monaten katheterisiert waren; in allen Fällen glatte und rasche Heilung. 33 Operationen im Alter von 62—76 Jahren; bei 4 wurde zum zweiten Male kauterisiert, im übrigen lauter gute Erfolge. Unter 15 Operierten zwischen 76 und 81 Jahren, meist mit schweren Komplikationen, 11 Mißerfolge (2 Todesfälle). Derartige Kranke sind für die Bottini'sche Operation nicht mehr geeignet; sonst aber gibt sie in der Hand des Geübten bei sorgfältiger Anwendung gute Resultate: H. erlebte weder Rezidive noch Inkontinenz.

Unter 55 Prostatektomien machte H. 11 suprapubische: 2 Todesfälle, nur 5 gute Erfolge; am besten kombiniert man damit den Perinealschnitt, der zur Drainage dient. 7 partielle Operationen (Abtragung des klappenartig vorragenden Mittellappens mit Schlinge) gaben guten Erfolg. 38 komplette perineale Prostatektomien (60 bis 73 Jahre alte Pat., alle in leidlichem Allgemeinzustand, mit Residualharn, seit mindestens 1 Jahr Katheterleben); darunter 6 Todesfälle, zweimal rektourethrale Fisteln), durch Silberdrain hervorgerufen, dreimal Harnträufeln für 3—7 Monate. Von 21 Nachuntersuchten 16 geheilt, 4 gebessert, 1 ungebessert.

Demnach ist der perineale Weg zu bevorzugen, er ist weniger blutig und disponiert nicht sehr zu Komplikationen der Wundheilung; die Heilung erfolgt rascher. Die Operation ist lohnend, wenn an nicht zu weit vorgeschrittenen Fällen ausgeführt, bei denen nur die suprapubische Drainage zu empfehlen ist. **Lengemann** (Bremen).

---

7) G. E. Münnich. Zur operativen Behandlung der Prostatahypertrophie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 402.)

Unter Verwertung von nicht weniger als 527 Literaturangaben gibt Verf. eine kritische Übersicht über die in den letzten 15 Jahren versuchten Operationsverfahren zur Behandlung der Prostatahypertrophie.

Er teilt diese Verfahren ein in indirekte, welche die sog. sexuellen Operationen und die Unterbindung der die Prostata versorgenden Ge-

fäße umfassen, und in direkte, wozu die verschiedenen Methoden der Prostata- und Prostatektomie gehören. Die Arbeit läuft schließlich hinaus auf eine Empfehlung der perinealen Prostatektomie, wie sie neuerdings in der v. Mikulicz'schen Klinik mit befriedigendem Erfolge geübt wurde. Acht so behandelte Fälle aus dieser Klinik werden ausführlich mitgeteilt. Das Alter dieser Pat. schwankte zwischen 62 und 73 Jahren. Nicht das Alter an sich, sondern der Allgemeinzustand des Pat. muß den Ausschlag geben, ob man die Operation wagen soll oder nicht. In sechs Fällen bestanden die Harnbeschwerden schon lange Zeit, 3—10 Jahre, nur zweimal kürzere Zeit. Bei drei Pat. bestand seit Jahren chronische Retention und Katheterleben, bei den übrigen war es erst vor kurzem zu akuter Harnverhaltung gekommen.

Die Vorbereitung zur Operation bestand bei allen Pat. mit Infektion der Harnwege in Blasenspülungen, event. Dauerkatheter, Urotropindarreichung, Vichy. Siebenmal wurde Morphium-Äthernarkose, einmal spinale Anästhesie angewandt. Die Operation selbst wurde in Steißrückenlage von einem medianen Rhapheschnitt aus vorgenommen. Die Anwendung eines modifizierten Young'schen Retraktors zum Vorziehen der Prostata erleichterte die Operation wesentlich. Die Prostatakapsel wurde quer eingeschnitten und die Prostata stumpf mit dem Finger ausgeschält. Eine Eröffnung der Harnröhre ist dabei die Regel, hat aber keine üblen Folgen, es empfiehlt sich sogar meist eine Drainage der Blase durch die Dammwunde. Die Operation gestaltete sich technisch nicht besonders schwierig. Die Blutung war meist gering. Zur Nachbehandlung empfiehlt sich ein Dauerkatheter für 2 Wochen. Nach 4—6 Wochen konnten die Pat. in der Regel entlassen werden.

Aus einer Statistik von 438 Fällen berechnet M., daß 88,6% geheilt oder gebessert wurden, 4,8% blieben ungebessert, 6,6% starben. Von den Fällen der v. Mikulicz'schen Klinik starb keiner, einer blieb ungebessert, sieben wurden geheilt oder gebessert.

Verf. empfiehlt daher die Prostatektomie für jeden Prostatiker, bei welchem keine Kontraindikation für einen operativen Eingriff besteht.

M. v. Brunn (Tübingen).

---

8) **A. Gundersen.** Bemerkungen über Prostatektomie.

(Norsk Mag. for lägevid. Jahrg. LXV. p. 1437.)

Verf. der als Privatchirurg in La Crosse (Wis.) tätig ist, teilt aus seinem Wirkungskreise in dem neuen Vaterlande einige (10) Fälle von Prostatahypertrophie mit, die er perineal operiert hat, und gibt einleitungsweise eine kursorische Darstellung des gegenwärtigen Standes der Frage, wobei er besonders bedauert, daß wir Skandinaven und die Deutschen die perineale Prostatektomie bisher nicht genügend gewürdigt haben. Verf. findet die Indikation für sie vorliegen: 1) in der täglich notwendigen Anwendung des Katheters durch den Pat. selbst; 2) wenn häufiger Harndrang den Schlaf des Pat. stört und Schmerzen, Cystitis usw. das Leben bedrohen. Verf. betrachtet u. a.

die tägliche Katheterisation, auch da, wo die Bedingungen der Antisepsis erfüllt werden können, als eine dem Pat weit gefährlichere Situation als die Gefahr einer Radikaloperation. Kein Pat. ist zu alt zur Operation; man sollte den elenden Prostatikern, die sonst einer suprabubischen Fistel unvermeidlich anheimfallen, den Segen der Operation ebensowenig verweigern, wie man bisher verweigert hat einen eingeklemmten Bruch zu operieren, auch in ebenso hohem Alter wie dem Prädilektionsalter der Prostatahypertrophie.

Nachdem Verf. die Operationstechnik beschrieben hat, wobei er Young's und Fergusson's Instrumente abbildet, gibt er die Krankengeschichten ausführlich wieder. Keiner der Operierten ist dem Eingriff erlegen; das Durchschnittsalter betrug 66,8 Jahre.

Hansson (Cimbrishamn).

---

9) F. Englisch. Über Pfeifensteine.

(Separat-Abdruck aus dem Zentralblatt für die gesamte Therapie 1904. Hft. 3.)

Die Pfeifensteine bilden das Mittelding zwischen den eingelagerten Steinen der Blase und denen des prostatischen Teiles der Harnröhre. Sie entwickeln sich einerseits in der Weise, daß ein Blasenstein mit seinem einen Ende in die innere Harnröhrenmündung reicht und sich bei weiteren Auflagerungen nach der Harnröhre hin entwickelt, oder auf umgekehrtem Wege.

Verf. konnte nur 65 Fälle aus der Literatur zusammenstellen. 62 von diesen betrafen Männer, und zwar meist im jugendlicheren Alter.

Die Prognose der nicht operierten Fälle ist eine schlechte; die publizierten nicht operierten Fälle endeten alle tödlich. Von 37 operierten Pat. starben 5. Die Entfernung des Steines geschah meist durch Sectio alta mit Dehnung des Blasenhalses oder Inzision in denselben. Nur wenn der Harnröhrenteil des Steines größer als der Blasenteil ist, empfiehlt sich der Perinealschnitt. Die Operation ist möglichst frühzeitig vor dem Auftreten von Entzündungserscheinungen auszuführen.

Eine besondere Unterart der Blasensteine sind die sog. »Zellensteine«.

Hypertrophiert die Blasenmuskulatur sehr stark, so entstehen Einsenkungen der Schleimhaut, die zu Ausstülpungen der Blasenwand führen und die man dann Zellen nennt. Diese treten in verschiedener Zahl und Größe auf. Die Zellensteine, die zumeist aus Phosphaten bestehen, liegen in der Regel in den Zellen fest eingelagert und sind häufig die Ursache lokaler Entzündungserscheinungen. Bei der exponierten Lage der Steine kommt es leicht zum Übergreifen der Entzündung auf die benachbarten Gewebe und nicht selten zum Durchbruch derselben. Die Diagnose kann auch für den mit dem Cystoskop Geübten schwer werden durch die versteckte Lage der Steine. Bei schweren Erscheinungen ist die Ausführung der Sectio alta und die Anlegung einer Bauch-Blasenfistel angezeigt.

Engelmann (Dortmund).

---

10) **T. Goldenberg.** Über die Totalexstirpation der Harnblase und die Versorgung der Ureteren.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 627.)

Nach Zusammenstellung von 25 Fällen von Totalexstirpation der Harnblase aus der Literatur beschreibt Verf. als 26. einen analogen Fall aus der Garrè'schen Klinik.

Es handelte sich um ein fast die ganze Blase einnehmendes Karzinom bei einem 51jährigen Manne. Nachdem 8 und 2 Jahre vorher kleinere Eingriffe ein Rezidiv nicht zu verhüten vermocht hatten, wurde die ganze Harnblase exstirpiert und die Harnleiter zunächst in die Bauchwunde gelagert. Nach Verkleinerung der Wundhöhle wurde durch Transplantationen die völlige Epithelisierung herbeigeführt und dann versucht, durch türflügelartiges Herüberschlagen seitlicher Lappen ein Urinreservoir zu schaffen. Es gelang dies nur unvollkommen, da ein Teil des Lappens nekrotisch wurde und der Rest sein Epithel völlig verlor. In diesem Stadium starb Pat. an Pyelonephritis 13 Monate nach der Totalexstirpation. Im rechten Harnleiter und in den Lungen fanden sich Karzinommetastasen.

Nach einer Übersicht über die zahlreichen zur Versorgung der Harnleiter nach Blasenexstirpation gemachten Vorschläge skizziert Verf. eine eigene Idee. Er will die unterste Dünndarmschlinge dicht vor dem Blinddarm durchtrennen, das zuführende Ende in das Colon ascendens einpflanzen und das abführende verschließen. Der verschlossene Dünndarmschenkel soll in die Hautwunde eingenäht und eröffnet werden. In den freiliegenden Darmlappen werden die Harnleiter eingepflanzt. Nach ihrer Einheilung soll dann durch Verschluß der Darmfistel Kontinenz erzielt werden. Erprobt ist das Verfahren auch im Tierversuch noch nicht. Der einzige Hund, an dem die Operation versucht wurde, ging am 4. Tage durch Vorfall der Eingeweide zugrunde.

Die Mortalität der Blasenexstirpation beträgt 61,5%, denn nur 10 Pat. überstanden die Operation. Sie ist also technisch ausführbar, bietet aber eine äußerst schlechte Prognose. Es ist daher die Frühdiagnose mit Hilfe des Cystoskops zu erstreben, um womöglich mit Resektionen auszukommen. **M. v. Brunn** (Tübingen).

---

11) **H. Mohr.** Die chirurgische Behandlung der Nephritis.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. Nr. 383.)

In dem Vortrage faßt Verf., ohne eigene Erfahrungen zu bieten, den Inhalt der bereits recht zahlreichen Arbeiten zusammen, welche über das obige Thema im Laufe der letzten 8 Jahre erschienen sind. M. sucht zunächst die Berechtigung einer chirurgischen Behandlung der Nierenentzündung, auch bei doppelseitigem Bestehen einer solchen, darzutun, erörtert eingehend die Indikationen und Heilwirkung der verschiedenen chirurgischen Eingriffe, von der einfachen Freilegung der Niere, der Nephrotomie, der Nephrolyse, Dekapsulation bis zu der nur ganz ausnahmsweise in Betracht kommenden Nephrektomie, und berichtet über die mit ihnen bisher erreichten Resultate. Nach diesen

erachtet er vorläufig die Nephrotomie als die typische Operation, die gegen schwere und lebensgefährliche Symptome, wie Infektion, übermäßige Nierenspannung, Schmerzen, Blutung, Anurie und Urämie, vorzügliches leistet. Daß auch die nephritische Grundlage der Symptome günstig beeinflußt werden könne, hält er für wahrscheinlich bei den akuten infektiösen Formen, für möglich bei den atypischen chronischen Nephritiden, für zweifelhaft bei dem typischen chronischen Morbus Brightii. Durch die vorsichtige Kritik M.'s ist seine Abhandlung besonders wertvoll.

Kramer (Glogau).

12) **W. N. Tomaschewsky.** Zur Frage der Orchidopexie.

(Russisches Archiv für Chirurgie 1904. [Russisch.])

T. empfiehlt das von Longard (vgl. dies. Zentralbl. 1903 Nr. 8) vorgeschlagene Verfahren mit einer Änderung. Er hat gefunden, daß die Befestigung der Fäden am Oberschenkel mittels Heftpflaster nicht ausreichend ist, weil die Haut des Beines dem Zuge des Fadens nachgibt. Darum empfiehlt er, die Fäden an eine Binde zu knüpfen, die ihrerseits in eine Schlinge ausläuft, welche um die Fußsohle des entsprechenden Beines gelegt wird. Bei richtiger Länge der Binde ist Pat. stets in der Lage, selbst den nötigen Zug an seinem Hoden auszuüben. Diese »Extension« pflegt T. solange liegen zu lassen, bis sie durchschneidet, d. h. ca. 3 Wochen.

T. berichtet über fünf so heruntergeholte Hoden. In allen Fällen erzielte er einen vollen Erfolg, den er bei dreien nach 8 Monaten kontrollieren konnte.

V. E. Mertens (Breslau).

13) **H. Mohr** (Bielefeld). Über unvollständige Torsionen des Samenstranges mit spontanem Rückgang.

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 43.)

Unvollständige oder vorübergehende Drehung oder Knickung des Samenstranges hat M. in zwei Fällen beobachtet, die durch anfallsweise, ohne besondere Ursache auftretende Schmerzen und Schwellung im Hodensack oder in der Leistengegend mit Rückgang der Erscheinungen nach einigen Tagen ausgezeichnet waren. Während nach dem letzten Anfalle bei dem ersten Kranken nur eine leichte Vergrößerung des normal gelagerten Hodens und eine Verdickung des Samenstranges auch noch nach Monaten nachzuweisen war, gab bei dem zweiten Pat. eine rezidivierende akute Hydrokele des Proc. vaginalis, kompliziert mit angeborenem Netzbruch und Atrophie des unvollkommen herabgestiegenen Hodens, mit den in letzter Zeit sich häufenden Schmerzanfällen die Veranlassung zur Operation — Radikaloperation des Bruches und der Hydrokele und Orchidopexie —, die zur vollen Heilung führte. Torsionserscheinungen waren hierbei nicht mehr festzustellen, doch war der atrophische Hoden noch livide gefärbt, es mußte also eine spontane Aufdrehung erfolgt sein. — Auch in diesen Fällen von unvollständiger Torsion mit spontanem Rückgang ist die Diagnose schwierig. Fehlen eines Traumas, einer Infektion von der Harnröhre oder Blase aus,

Wiederholung der Anfälle in Zwischenräumen mit plötzlichem Beginn und ebenso raschem Rückgange werden besonders dann, wenn eine abnorme Stielung und Beweglichkeit des Hodens und Flottieren desselben in einer Hydrokele des offen gebliebenen Processus vaginalis nachzuweisen war, zu einer Wahrscheinlichkeitsdiagnose per exclusionem führen.

In rezidivierenden Fällen empfiehlt sich, da schließlich doch einmal eine vollständige Torsion mit raschem Verluste des Hodens eintreten kann, die operative Freilegung und Befestigung des Hodens als die rationellste Methode.

Kramer (Glogau.)

14) J. Rupfle. Ein neue Methode der Hydrokelebehandlung.

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 48.)

In zwei Fällen spritzte R. nach Punktion der Hydrokele 2 ccm einer Adrenalinlösung (1,0 : 5000,0) in den Sack; nach Ablauf leichter entzündlicher Erscheinungen resorbierte sich der entzündliche Erguß im Verlaufe von einigen Wochen, ohne daß seit dem — d. h. seit über $^1/_2$ Jahr — bei den früher nach der Punktion usw. immer wieder sehr rasch rezidivierten Fällen die Hydrokele wiedergekehrt ist. Die heftigen Schmerzen nach der Injektion lassen sich durch Akoinzusatz mildern.

Kramer (Glogau).

15) O. Ehrhardt. Über angeborenen Schulterhochstand.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 470.)

Aus der Garrè'schen Klinik teilt Verf. drei Fälle von angeborenem Schulterhochstand mit. Unter Benutzung von 89 weiteren Fällen aus der Literatur erörtert er dann alle bei dem Krankheitsbild interessierenden Fragen, insbesondere die Ätiologie. Er vertritt die Ansicht, daß der angeborene Schulterhochstand nur ein Symptom ist, das auf verschiedene Weise zustande kommen kann. Von den aufgestellten Hypothesen für seine Ätiologie erkennt er drei an, welche denselben entweder als intra-uterine Belastungsdeformität auffassen, oder Muskeldefekte dafür verantwortlich machen, oder abnorme knöcherne oder bandartige Verbindungen des Schulterblattes mit der Wirbelsäule. Der erworbene Schulterhochstand kann durch rachitische Verkrümmung des Schulterblattes oder durch Versteifung des Schultergelenkes in Abduktionsstellung hervorgerufen werden. Die operative Behandlung ist am aussichtsvollsten in den Fällen, bei denen eine abnorme knöcherne oder bandartige Verbindung des Schulterblattes mit der Wirbelsäule vorhanden ist.

M. v. Brunn (Tübingen).

16) R. Whitmann. The distinction between fracture of the neck of the femur and epiphyseal disjunction in early life, with reference to its influence upon prognosis and treatment.

(Med. news 1904. September 24.)

Die Ansicht des Verf., daß der Schenkelhalsbruch relativ häufig im jugendlichen Alter zur Beobachtung gelangt, steht im Gegensatze

zu der Anschauung deutscher Autoren. Verf. verwahrt sich speziell dagegen, daß Hoffa von zehn vom Verf. als Schenkelhalsbrüchen beschriebenen Fällen nur vier als solche anerkennt, während die anderen sechs als Epiphysenlösungen zu betrachten seien.

Verf. hält eine exakte differentielle Diagnose im Hinblick auf die Behandlung für notwendig.

Die Epiphysenlösung ist oft nur partiell. Nach geringfügiger Gewalteinwirkung treten Hinken, Versteifung des Hüftgelenkes und Schmerzen auf.

Einige Wochen später bei einer weiteren leichten Schädigung treten plötzlich die Symptome einer Fraktur auf, welche sich jedoch von dem typischen Schenkelhalsbruch unterscheiden lassen.

Die Außenrotation ist ausgeprägter und die Verkürzung geringer. Die Spasmen der das Gelenk umgebenden Muskulatur versteifen dasselbe in Streckstellung. Im Scarpa'schen Dreieck zeigt sich oft eine Schwellung, welche durch das innere Fragment des Schenkelhalses verursacht wird.

Die Behandlung besteht in der Eröffnung des Gelenkes mittels einer antero-lateralen Inzision und der Reposition des noch anhaftenden Gelenkkopfes. Ein das Gelenk feststellender Verband bleibt 6 Wochen lang liegen, wonach Gehversuche mit Krücken unternommen werden.

Der Schenkelhalsbruch Jugendlicher unterscheidet sich diagnostisch in nichts von dem des späteren Alters. Verf. behandelt ihn mit einem Kontentivverband in abduzierter Stellung. Er beschreibt zwei Fälle von operierten Epiphysenlösungen. Im ersten Falle konnte die Pat., ein 15jähriges Mädchen, nach 3 Monaten ihr Bein wieder gebrauchen, und nach 9 Monaten ist nur noch eine geringe Flexionsstellung ohne nennenswerte Funktionsstörung zurückgeblieben. Der zweite Fall konnte innerhalb derselben Zeit zur anatomischen wie zur funktionellen Norm zurückgebracht werden. Die Exzision des Gelenkkopfes läßt Verf. nur als Operation der Not zu, die der Wahl stellt die blutige Reposition dar.

Hofmann (Freiburg i. B.).

---

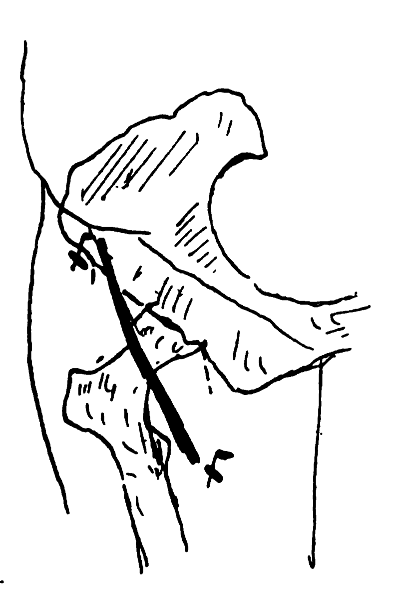
17) **Freemann.** The union of unnuited fractures of the neck of the femur by open operation.

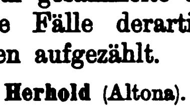
(Annals of surgery 1904. Oktober.)

Verf. bricht eine Lanze für die operative Behandlung der Oberschenkelhalsbrüche; doch sind die Fälle für derartige Operationen auszusuchen. Die Personen dürfen nicht zu alt sein und keine organischen Fehler haben, sowie überhaupt nicht zu schwach sein. Auch der Grad der vorhandenen Beschwerden ist ein Faktor, der bezüglich der Operation in Betracht gezogen werden muß.

Der Operationsschnitt beginnt dicht unterhalb der Spina anterior superior des Beckens und geht von hier nach unten innen, dabei aber an der Außenseite des M. sartorius bleibend (xx[1]). Einen äußeren

über dem Trochanter liegenden großen Muskellappen zu bilden, verwirft F. Nachdem die Bruchstelle freigelegt ist, werden alle zwischengelagerten Weichteile und Knochensplitter entfernt und die Bruchflächen mit dem Meißel angefrischt. Ein Streckverband mit oder ohne Gips-Beckenhülse genügt zur Fixierung der Knochenenden nicht. Dieselben sind vielmehr durch Schrauben oder besser namentlich bei weichen Knochen durch Knochenklammern festzustellen. Diese letzteren bleiben solange liegen, bis der Knochen einigermaßen fest geworden ist; nur bei Eintritt von Fieber werden sie früher entfernt. Drainage ist nötig bei starker Blutung. 13 aus der Literatur gesammelte und günstig verlaufene Fälle derartiger Operationen werden aufgezählt.





Herhold (Altona).

---

18) **Codivilla.** Sulla terapia dell' accorciamento nelle deformita dell' arto inferiore.

(Arch. di ortopedia 1904. Nr. 5.)

Während man bei frühen Frakturen zum Ausgleiche der Verkürzung nur relativ geringe Mengen von Gewichten braucht, steigert sich die notwendige Kraft bedeutend, je längere Zeit verflossen ist. Soll eine winklige Difformität gestreckt oder eine durch Übereinanderschieben der knöchernen Teile entstandene longitudinale Verkürzung ausgeglichen werden, so kann man die zur Überwindung der Weichteile, speziell der Muskeln, notwendige Kraft nach einer mathematischen Formel berechnen, welche besagt: Die Verkürzung der Weichteile bei winkliger Verschiebung an einem Gliede mit Übereinanderschieben der Bruchstücke vorhanden, ist gleich der doppelten Distanz der Weichteile vom Gliede, dividiert durch den Tangens des halben Winkels der Difformität, das Ganze vermehrt durch die Längsverschiebung. Die Verkürzung wächst mit ihrem Abstande vom Knochen, mit der Längsverschiebung und dem Spitzerwerden des Winkels. Bei Längsverschiebung allein ist die Verkürzung gleich derselben. Bei winkliger Knickung allein gleich dem doppelten Abstande vom Knochen dividiert durch den Tangens des halben Winkels. Um die Formel brauchbar zu gestalten, müßten nun auch durch Untersuchungen, welche bisher fehlen, der normale Widerstand der Muskeln gegen dehnende Kräfte bekannt sein. Die theoretische Formel erfährt ferner Modifikationen durch die verschiedene Zahl und Verlaufsrichtung usw.

der Muskeln. — Im allgemeinen empfiehlt es sich ferner nicht, nach der Osteotomie von Deformitäten eine permanente Gewichtsextension zu verwenden, vielmehr ein- oder besser mehrmalige Traktionen am Schede-schen Tische mit sehr bedeutender Kraft (bis 70 kg) und nachherige Feststellung im Gipsverband. Die sofortige Anwendung so hoher Gewalten ist jedoch gefährlich, und hat C. danach schwere nervöse Störungen, Konvulsionen gesehen, welche mit Aufhören des Zuges sofort schwanden. Er verwendet daher jetzt wiederholten Zug in mehreren Sitzungen bis zur Erlangung des beabsichtigten Zuges. Der zuerst in Extension angelegte Gipsverband wird dazu zirkulär an der Operationsstelle durchschnitten, erneut extendiert und die neue Verlängerung durch Gips fixiert usw., auch sah C. allerlei Unannehmlichkeiten, insbesondere Decubitus auf dem Fußrücken. Seit längerer Zeit läßt er daher den Unterschenkelteil des Gipsverbandes nur bis zum unteren Drittel des Gliedes reichen. Daran setzen sich zwei Schienen, in welche ein Nagel von 4—7 cm befestigt wird, den C. quer durch den Calcaneus etwas hinter der Fußgelenkslinie schlägt. Vermittels einer Flügelschraube läßt sich die Stellung des Nagels an den Schienen etwas verändern und so das Maß der Spannung des Fußes (natürlich nicht der osteotomierten Teile!) etwas regulieren. Der Nagel wird vorzüglich vertragen, macht keinen Decubitus im Knochen, obwohl er die ganze Kraft der Extension auf letzteren überträgt. Siehe auch das Referat über die Arbeit von Rossi, Come si possono correggere le guarigioni deformi etc. Arch. di ortop. 1904 Nr. 2, Zentralbl. 1904 Nr. 42.

Pagenstecher (Wiesbaden).

---

19) **G. Schmidt.** Über die operative Behandlung der Elephantiasis des Beines.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 595.)

Auf Grund der günstigen Erfahrungen der v. Mikulicz'schen Klinik, aus welcher Verf. vier Fälle von Elephantiasis des Beines mitteilt, empfiehlt er massige Keilexzisionen, die er als einen gänzlich ungefährlichen, leicht auszuführenden und auf lange Zeit sehr wirksamen Eingriff bezeichnet, geeignet für alle Fälle, wo die äußeren Umstände und die Beschaffenheit des Operationsfeldes ein aseptisches Operieren gestatten.

M. v. Brunn (Tübingen).

Kleinere Mitteilungen.

20) **Eastmann and Keene.** Bacillus pyocyaneus septicaemia associated with blastomycetic growth in primary wound.

(Annals of surgery 1904. November.)

Verff. halten den Bacillus pyocyaneus nicht, wie einige Autoren, für harmlos; ein beobachteter Fall bewies ihnen vielmehr, daß er recht schwere septische Erscheinungen hervorrufen kann. In diesem näher geschilderten Falle bildeten sich auf einer am Arme befindlichen granulierenden Wunde Blasen, welche platzten und ein wäßriges Sekret absonderten. Das letztere zeigte nach einiger Zeit eine

bläuliche Farbe; die Wunde war teils bräunlich, teils, namentlich an den Rändern, blau gefärbt. Wegen des schlechten Aussehens der Wunde und der geringen Neigung zur Heilung wurden alle Mittel angewandt, wie Paquelin, Röntgenstrahlen, 1/2stündliche Umschläge von 1⁰/₀₀iger Sublimatlösung nach Abschaben der Granulationen. Man wurde der Krankheit nicht Herr, es stellte sich ein komatöser Zustand mit Milzschwellung und schnellem Puls ohne Fieber ein. Von dem Sekrete wurden Kulturen angelegt, es wuchsen zwei Arten von Kolonien, von welchen die einen den Bacillus pyocyaneus, die anderen ein blastomycetisches Gebilde zeigten. Unter lokaler Behandlung mit 10%iger Ichthyollösung, Salzinfusionen und innerlicher Eingabe von Jodkalium wurde schließlich Heilung erzielt.

Verff. glauben, daß die granulierende Wunde zuerst durch Blastomyceten infiziert gewesen sei, und daß sich dann sekundär eine Infektion durch den Bacillus pyocyaneus anschloß. Sie weisen darauf hin, daß die durch den letzteren hervorgerufene Septhämie vorwiegend nervöse Störungen (Koma, Konvulsionen) hervorruft; auch bei Guinea-Hühnern wurden nach Infektion mit Bacillus pyocyaneus Konvulsionen beobachtet. **Herhold** (Altona).

21) S. Voronoff. L'actinomycose en Egypte.

(Gaz. des hôpitaux 1904. Nr. 133.)

Zur Aktinomykose des Menschen, die in Ägypten bis jetzt noch selten erkannt wird, teilt V. einen von ihm diagnostizierten interessanten Fall mit.

Der Unterkiefer eines 42jährigen Eingeborenen aus der Gegend von Kairo hatte sich im Laufe von 17 Jahren in eine »monströse«, knochenharte Masse verwandelt. Pat. hatte alle Zähne bis auf den letzten Molar verloren und konnte die Kiefer mit Mühe 1/2 cm voneinander entfernen. Es waren fünf Fisteln vorhanden, deren Sekret Pat. beständig verschluckte.

Bei der Operation fanden sich in der harten Geschwulst neben Erweichungsherden zahlreiche Hohlräume, in deren gelbem Sekret typische Aktinomyceskörner entdeckt wurden. Mit dem Meißel wurde die Geschwulst auf die Größe eines normalen Unterkiefers reduziert. Glatte Heilung. **V. E. Mertens** (Breslau).

22) J. Rudis-Ticinsky. The Roentgen rays in the treatment of tuberculosis of the joints.

(New York and Philadelphia med. journ. 1904. Nr. 9.)

Bericht über Heilungen von Gelenktuberkulosen durch Röntgenbestrahlungen: vier Fälle von Knietuberkulose wurden in 4 Monaten zu vollständiger Ankylosierung gebracht; der Tumor albus war sehr rasch zurückgegangen. Tuberkulöse Koxitis wurde einmal in 4 Monaten (bei einem 18jährigen), einmal in 5 Monaten unter gleichzeitiger Anwendung von Streckverbänden geheilt. Täglich eine Bestrahlung von ca. 10 Minuten, meistens mit harten Röhren. **Lengemann** (Bremen).

23) W. Danielsen. Der Cysticercus cellulosae im Muskel.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 238.)

D. beschreibt aus der v. Bruns'schen Klinik zwei Fälle von vereitertem Cysticercus, von denen der eine bei einer 36jährigen Frau im M. pectoralis major, der andere bei einem 31jährigen Weißgerber im M. obliquus abdominis externus saß.

Er läßt dann eine kurze Literaturübersicht folgen, aus welcher sich ergibt, daß von 23 Fällen multipler Cysticercen 11 ausschließlich die Muskeln, 12 diese zusammen mit anderen Organen betrafen. Solitäre Muskelcysticercen werden 33 aufgezählt. **M. v. Brunn** (Tübingen).

24) Powers. The bridging of nerve defects.

(Annals of surgery 1904. November.)

P. bespricht an der Hand von aus der Literatur gesammelten Fällen die Methoden, große Nervendefekte zu ergänzen. Von Nervenpfropfung, d. h. von Einpflanzen eines vom Tier entnommenen Nervenstückes fand er 22 Fälle, von Lappen-

bildungen 11, von seitlicher Einpflanzung oder Anastomosenbildung durch Benutzung eines in der Nähe liegenden Nerven 10, von Annäherung der Nervenenden durch Knochenresektion 7, von Catgutnaht auf Entfernung 5. Das Resultat war in vielen Fällen kein gutes, so daß es dem Verf. zurzeit nicht möglich ist, eine Methode zur Überbrückung zweier Nervenenden zu empfehlen. Er glaubt, daß die Nervenplastik und die seitliche Einpflanzung noch die besten Resultate geben wird. In ausgewählten Fällen kann auch eine Knochenresektion zum Ziele führen. Jedenfalls ist die Zwischenpflanzung von durch Tiere gewonnenen Nervenstücken als nutzlos gänzlich zu verlassen. **Herhold** (Altona).

25) **K. Walko** (Prag). Über Pericystitis nach latenter Perityphlitis.

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 45.)

In den von W. beobachteten zwei Fällen war es durch Fortschreiten des latenten entzündlichen Prozesses in der Blinddarmgegend auf das perivesikale Bindegewebe zu beträchtlicher Geschwulstbildung in diesem und zu starken Beschwerden beim Urinlassen gekommen; das Exsudat bildete sich unter Eis- und Alkoholumschlägen langsam zurück. W. nimmt auf Grund dieser Beobachtungen an, daß auch in manchen anderen, in der Literatur veröffentlichten Fällen von Pericystitis idiopathica vorangegangene latente Erkrankungen des Wurmfortsatzes die Ursache jener gewesen seien, da die betreffenden Kranken vorher an Stuhlverstopfung mit Koliken und nachfolgendem Erbrechen, einzelne auch außerdem noch an Fieber gelitten hatten. **Kramer** (Glogau).

26) **R. Lichtenstern.** Erfahrungen über Harnsegregation.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 30.)

In der Zuckerkandl'schen Abteilung ist der Luys'sche Harnsegregator, der durch verkleinertes Kaliber und verbesserte Krümmung auch für Männer- und Kinderblasen brauchbar gemacht wurde, mit gutem Erfolge (Nachprüfung durch Harnleiterkatheterismus) zur Anwendung gekommen. Indessen ist die Technik subtil, deren nähere Beschreibung im Original nachzulesen ist.

Hübener (Dresden).

27) **Fritz König** (Altona). Über intermittierende cystische Dilatation der vesikalen Ureterenden.

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 50.)

Bei dem 45jährigen Pat. hatte seit der Kindheit abnorm häufiger Harndrang und auffallende Verlangsamung der Harnentleerung bestanden und war seit einigen Tagen, bei Ruhe vorübergehend, Blut und Hämoglobin dem Urine beigemengt. Die cystoskopische Untersuchung ergab anstelle der beiden Harnleitermündungen in der Blase kugelige bezw. konische Hervorwölbungen, die, nach Entleerung des Harnes stoßweise kollabierend, nach einer Pause sich wieder bildend, ballonartige Erweiterungen des vesikalen Harnleiterteiles darstellen, dessen Öffnung nicht verengt ist. Wie Bostroem, führt auch K. die cystische Ausweitung auf einen angeborenen Defekt der Blasenmuskulatur an jenen Stellen zurück; die Blutung war die Folge einer entzündlichen Reizung der Blase und des Harnleiters.

Kramer (Glogau).

28) **J. Nicolaysen.** Vier Fälle von Harnretention in der Niere wegen Ureterstenose.

(Norsk Magazin for Laegevidenskaben Jahrg. 64. p. 1297.)

Nach einleitenden allgemeinen Bemerkungen über die anatomischen Veränderungen, welche die Harnleiterstenose hervorrief, die aseptische Retention und die Reflexwirkungen an der anderen Niere, liefert Verf. zuerst eine anatomische Beschreibung vier von ihm behandelter Fälle des fraglichen Leidens und erwähnt dann die Symptome, den Verlauf, die Diagnose und die Behandlung, wobei die aus

der Literatur bisher spärlich erwähnten analogen Fälle in Vergleich gezogen werden.

Im ersten Falle lag die Striktur am Eintritt in die Blase und war durch eine narbige Schrumpfung bedingt an der Stelle der Einpflanzung des linken Harnleiters in die Blase. (Bei einer vorherigen Operation wegen Myomata uteri wurde der Uterus total exstirpiert; andauernde Schmerzen indizierten eine parasakrale Operation, wobei der linke Harnleiter durchtrennt wurde; er wurde dann später in die Blase eingepflanzt und heilte ein.) Die renale Retention rief intermittierende sehr schmerzhafte Anfälle hervor, abwechselnd in der rechten und linken Seite. Vergebens versuchte Verf. den Harnleiter zu dehnen, sowohl von der Blase als von einer inzwischen angelegten Nephrotomiewunde aus; schließlich kam es zur Nephrektomie. Die Niere war bis zu halber Größe verkleinert, das Nierenbecken etwas vergrößert.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine rechtsseitige infektiöse akute Pyelonephritis. Bei der Operation fand man eine mäßige Erweiterung des Nierenbeckens, das Steine von kohlensaurem Kalk enthielt und mit einer Eitermembran bekleidet war. Die ringförmige Striktur saß am Übergange des Nierenbeckens in den Harnleiter, dessen Lichtung völlig verlegt war. Nephrotomie, 4wöchige Dehnung der Striktur von der Nierenwunde aus, Heilung; seit 2 Jahren kein Eiweiß, nur einige Leukocyten im Urin.

Die beiden letzten Fälle sind rechtsseitige Hydronephrosen im Anfangsstadium. Der eine zeigt eine intermittierende Entwicklung. Bei der Operation fand man eine vollständige Striktur in dem obersten Zentimeter des Harnleiters. Pat. wurde durch eine Uretero-pyelo-neostomie nach Küster dauernd geheilt. — In diesem Falle fand Verf. vor der Operation rote und weiße Blutkörperchen im Harne der nicht stenosierten Seite, eine Nephritis, die Verf. durch die Wirkung von Nephrotoxine erklären will, herrührend aus der stenosierten Niere. 7 Monate nach der Operation war der Harn der nicht stenosierten Seite klar, der der hydronephrotischen enthielt noch Zylinder und Eiweiß.

Im letzten Falle handelte es sich um eine intermittierende Hydronephrose im Anfangsstadium. Die Operation wurde unmittelbar nach einem Anfalle mit Polyurie gemacht. Etwa 20 g Residualurin traf man im Nierenbecken. Die Retention war durch eine ebensolche zirkuläre fibröse Striktur verursacht wie im dritten Falle, und zwar an derselben Stelle. Der Harnleiter war um die Hälfte seiner Lichtung verengt. Uretero-pyeloplastik. Heilung. **Hansson** (Cimbrishamn).

29) Stich. Über Massenblutungen aus gesunden und kranken Nieren.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4 u. 5.)

Unter vier Beobachtungen aus der Kieler medizinischen Klinik, welche durchaus mit großer Wahrscheinlichkeit für die Existenz einseitiger hämorrhagischer Nephritis sprechen, ist eine von hervorragender Wichtigkeit. Denn die jetzt viel diskutierte Frage, ob es einen einseitigen Morbus Brightii gibt, wird durch diesen Fall in unanfechtbarer Weise in bejahendem Sinne beantwortet. Bei einer 30jährigen Frau mit starken Nierenblutungen kam es zur Sektion; die Kranke erlag einer doppelseitigen aszendierenden Pyelonepritis. Während in beiden Nieren kleine Abszesse ziemlich gleich stark verbreitet waren, fand sich rechts eine chronische, diffuse Nephritis, die sich in keiner Weise von den Befunden unterschied, welche wir bei den subchronisch und chronisch verlaufenden Nephritiden, speziell bei der chronisch hämorrhagischen Nephritis finden, während die linke, abgesehen von den erwähnten Eiterherden und damit verbundenen akuten degenerativen Erscheinungen, nichts zeigte, was auf einen der anderen Seite analogen Prozeß hinwies. Nur im rechten Nierenbecken fand sich ein großes Blutgerinnsel, das linke war frei. Die Blutung muß also aus der rechten Niere erfolgt sein.

Wenn der strikte Beweis der Einseitigkeit einer Nephritis nur durch die Sektion, und zwar nur mit mikroskopischer Untersuchung geliefert werden kann, so scheint in der Tat der vorliegende Fall der einzige zu sein, der diesen Ansprüchen genügt.

S. führt weiter aus, warum ein angioneurotischer Ursprung der Blutung oder irgendeine andere Ursache, als hämorrhagische einseitige Nephritis, in diesem Falle auszuschließen ist. **Haeckel** (Stettin).

30) G. Delkeskamp. Beiträge zur Nierenchirurgie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 1.)

Der sehr eingehenden Arbeit liegen 105 Fälle der Garrè'schen Klinik zugrunde, und zwar 13 Wandernieren, 11 Hydronephrosen, 17 Pyonephrosen, 11 Tuberkulosen, 22 solide bösartige Geschwülste, 3 Geschwülste mit Cystenbildung, 2 solitäre Nierencysten, 7 paranephritische Abszesse, 17 Fälle von Nephrolithiasis und 2 Nierenrupturen. Der Besprechung aller dieser Erkrankungen vermag das Referat natürlich nicht zu folgen, und muß deshalb auf das Original verwiesen werden.

Von 40 Nephrektomien wurden 8 auf transperitonealem, 32 auf extraperitonealem Weg ausgeführt. Beim Lendenschnitt wurde die schräge Schnittführung nach v. Bergmann bevorzugt. Von Nebenverletzungen kommt der Eröffnung des Bauchfells bei genügender Vorsicht nur eine geringe Bedeutung zu. Bedrohliche Blutungen können bei der Luxation einer Nierengeschwulst durch Einreißen der Nierenvene oder der V. cava selbst entstehen. 2mal wurde die Naht der V. cava mit Erfolg ausgeführt. **M. v. Brunn** (Tübingen).

31) W. G. Nash. Benign villous tumor of the renal pelvis, haemothorax; nephrectomy; recovery.

(Lancet 1904. Dezember 17.)

Verf. beschreibt einen durch Nephrektomie geheilten Fall einer gutartigen papillomatösen Geschwulst des rechten Nierenbeckens bei einem 38jährigen Manne, der an häufiger, auch bei absolut ruhigem Verhalten (nachts) auftretender Hämaturie litt. Eine nach Verf. in der Literatur noch nicht beschriebene Komplikation stellt eine vom Nierenbecken aus erfolgte Zwerchfellperforation mit Hämatothorax dar. Zur Zeit der Operation war die Perforationsstelle allerdings nicht mehr durchgängig. Die Niere war erheblich vergrößert, hatte ca. 10 Zoll im Längsdurchmesser. Verf. stellt 49 Fälle von Zottengeschwülsten des Nierenbeckens aus der internationalen Literatur tabellarisch zusammen. Abbildungen des eigenen Präparates, sowie des histologischen Bildes sind der Arbeit beigegeben.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

32) Jutkowski. Über plastische Operationen an Penis und Scrotum im Anschluß an einen Fall von Schindung der männlichen Genitalien.

Inaug.-Diss., Breslau, 1904.

Verf. stellt 14 Fälle von Schindung der männlichen Genitalien aus der Literatur zusammen und berichtet eingehend über den von Kausch auf dem 33. Chirurgenkongresse demonstrierten Fall (cf. dieses Blatt 1904, Nr. 27, Beilage, p. 28). Er gibt eine Übersicht der verschiedenen zur Deckung von Penishaut- und Scrotumdefekten angewandten Methoden und empfiehlt als die besten für die ersteren die Transplantationen nach Thiersch oder doppeltgestielte Lappen aus Hodensack- oder Bauchhaut, für die letzteren, wenn die Naht nicht möglich ist, Lappenplastik von Oberschenkel und Damm. Ferner berichtet J. über einen von v. Mikulicz operierten Fall von Luxatio penis ins Scrotum, die im Anschluß an eine nach ritueller Zirkumzision eingetretene Gangrän entstanden war.

Müller (Dresden).

33) E. Grunert. Ein Fall von Torsion des Samenstranges. (Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Leipzig.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 43.)

Der Fall betraf einen 5jährigen Knaben mit Erscheinungen eines rechtsseitigen eingeklemmten, vielleicht schon brandigen Leistenbruches; die Skrotalhaut war ge-

rötet, der linke Hoden nicht zu fühlen (Kryptorchismus). Die Operation ergab eine Torsion des rechten Samenstranges mit Hoden um 360°; Ductus deferens einerund Art. und V. spermatica anderseits verliefen als zwei Stränge isoliert nebeneinander, der rechte Hoden war von Hämorrhagien durchsetzt, die Venae spermaticae thrombosiert; deshalb Kastration mit Ausgang in Heilung. Der Fall bestätigt, daß Abnormitäten während des Descensus testiculi für eine eventuell spätere Torsion des Hodens und Samenstranges prädisponieren, die direkte Ursache für letztere in einem oft nur leichten Trauma besteht, die Fälle von Torsion des Hodens und Samenstranges unter dem Symptomenkomplex einer Brucheinklemmung, und zwar zunächst äußerst stürmisch, später — nach 2—3—4 Tagen — unter plötzlichem völligem Verschwinden dieser Erscheinungen, wie aus den später oder nicht operierten Fällen hervorgeht, verlaufen, und daß die Folge einer Torsion immer zunächst eine starke Hyperämie bis zur Infarktbildung und schließlich eine daraus resultierende Nekrose des Hodens ist. **Kramer** (Glogau).

34) **M. Tichonow.** Zwei Fälle vollkommen einseitiger Entwicklung des Wolff'schen Körpers.

(Russisches Archiv für Chirurgie 1904. [Russisch.])

Auf Grund des Studiums der einschlägigen Literatur und zweier eigenen Fälle kommt T. zu der praktischen Forderung: Es ist notwendig, vor Operationen an den Nieren sich nach Nebenhoden, Vas deferens und Samenbläschen umzusehen, da ihr Fehlen mit dem Mangel einer Niere in engem genetischen Zusammenhange steht. **V. E. Mertens** (Breslau).

35) **S. Kostlivy.** Über interparietale Hydrokelen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 20.)

Mitteilung zweier einschlägiger Fälle aus der Frank'schen Abteilung des k. k. allgemeinen Krankenhauses, deren einer doppelseitig vorhanden war. Aufzählung der übrigen wenigen bisher beobachteten Fälle. **Hübener** (Dresden).

36) **Gerlach.** Klinisch-statistischer Beitrag zur Frage der Sehnenplastik und Sehnentransplantation.

Inaug.-Diss., Rostock, 1904.

Der aus der Rostocker chirurg. Klinik hervorgegangenen Arbeit ist das von Müller in Aachen und Rostock operierte Krankenmaterial zugrunde gelegt. Es umfaßt 72 Pat., an denen 104 Sehnenoperationen ausgeführt sind. G. berichtet vorwiegend über die Dauerresultate dieser Operationen, die teils durch eigene Nachuntersuchungen (20 Fälle), teils durch andere Ärzte (32 Fälle), teils durch die Pat. bezw. deren Angehörige (13 Fälle) festgestellt worden waren. Nur in 7 Fällen konnte über das Dauerresultat nichts mitgeteilt werden, weil die Pat. entweder verschollen (3) oder verstorben (2) oder noch in Behandlung (2) waren.

G. gibt einen Überblick über das Gesamtmaterial, er beschränkt sich nicht bloß auf die Mitteilung der guten Operationsresultate, sondern zieht auch die Mißerfolge in den Kreis seiner Darstellung. Nach dieser Richtung hin verdient, abgesehen von der sorgfältigen Verarbeitung des interessanten Materiales, die vorliegende Dissertation erhöhte Beachtung. Die Beurteilung der Frage, in wieviel Fällen ein »gutes« und in wieviel Fällen ein »schlechtes« Resultat erzielt wurde, überläßt G. dem Leser; er läßt sie aus dem Grund offen, weil einmal wegen der Verschiedenartigkeit der Indikation der beabsichtigte Effekt ein recht variabler war, sodann weil sich das von Laien über den Enderfolg gefällte Urteil nicht mit den ärztlichen Nachuntersuchungen auf gleiche Stufe stellen ließ. Nach einem kurzen Überblick über die leitenden Gesichtspunkte und über die Technik, die bei der Ausführung der Operationen maßgebend waren, folgen die in gedrängter Kürze wiedergegebenen und in Gruppen eingeteilten Krankengeschichten. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle (38 Fälle von 72) handelte es sich um spinale Kinderlähmung, in je 6 Fällen um zerebrale Kinderlähmung und Little'sche Krankheit,

in je 2 Fällen um traumatische periphere Nervenlähmungen und spastische Kontrakturen nach Hemiplegie, in 3 Fällen um traumatische Sehnen- und Muskelverluste, in 7 Fällen um Gelenkkontrakturen nach Ulcus cruris, Osteomyelitis und Gelenkrheumatismus, in 5 Fällen um erworbenen Plattfuß und in 2 Fällen um angeborenen Klump- oder Hohlfuß. Die sehr fleißig geschriebene, 158 Seiten starke Dissertation liefert einen wertvollen Beitrag zur objektiven Beurteilung der Sehnentransplationen. **Deutschländer** (Hamburg).

37) **R. Glitsch** (Stuttgart). Zur Pathogenese der Narkosenlähmung.

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 42.)

In dem von G. beobachteten Falle handelte es sich um eine vollständige schlaffe Lähmung des ganzen linken Armes, der während der Narkose nicht andauernd in Hyperelevation gehalten worden war. Die Plexuslähmung war nicht durch Druck des Schlüsselbeines auf die 1. Rippe, sondern durch direkten Druck des Humeruskopfes entstanden. Pat. hatte eine abnorm schlaffe Schultergelenkskapsel als Folge eines latenten chronischen Prozesses im Schultergelenke, so daß eine akute Subluxation des Caput humeri beim Erheben des Armes entstanden, der Plexus hierbei stark gezerrt worden sein mochte, außerdem aber der chronisch entzündliche Prozeß im Gelenk eine akute Steigerung erfahren hatte, die zu einer langdauernden Bewegungsstörung des Gelenkes führte. **Kramer** (Glogau).

38) **G. Schmidt.** Über das Aneurysma der Art. axillaris infolge von Schulterverrenkung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 497.)

Bei einem 65jährigen Steinarbeiter mit starker Arteriosklerose entwickelte sich nach einer Schulterverrenkung nach vorn ein Aneurysma der Art. axillaris und Lähmung des Armes. Bluterguß und Schwellung in der Achselhöhle entstanden unmittelbar durch den Unfall, nicht erst durch die Einrenkungsmaßnahmen. Unterbindung der Art. subclavia unterhalb des Schlüsselbeines. In einer zweiten Sitzung Ausräumung der Gerinnsel von einem kleinen Schnitt aus. Nach einem Jahre war die Hautsensibilität im Gebiete des N. musculo-cutaneus sowie die Funktion des Biceps und Brachialis internus teilweise wiedergekehrt.

M. v. Brunn (Tübingen).

39) **Glauner.** Ein Fall von Naht der Art. brachialis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904. Nr. 45.)

Es handelte sich um eine 1 cm lange Schlitzwunde der Art. brachialis im unteren Drittel. Dieselbe wurde mit vier Catgutnähten geschlossen. Gleich nach der Naht war der Radialpuls fühlbar. Glatte Heilung. **Borchard** (Posen).

40) **Madelung.** Über den Radiusbruch der Automobilfahrer.

(Straßburger med. Zeitung 1904. Hft. 11.)

Kasuistische Mitteilung eines Falles dieser modernen Berufsverletzung, die dadurch zustande kommt, daß beim Antriebe der Maschine infolge zu früher Explosion eines einzelnen Zylinders die Antriebskurbel mit großer Gewalt in rückwärtige Bewegung versetzt wird, wodurch die Hand bei mangelnder Aufmerksamkeit des Chauffeurs plötzlich in stärkste Dorsalflexion versetzt wird. Die Entstehungsart dieser Automobilistenradiusfraktur beweist besser wie jedes andere Experiment, daß der Radiusbruch an typischer Stelle ein Rißbruch ist. **Müller** (Dresden).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 5. **Sonnabend, den 4. Februar.** **1905.**

Die mediale Leistenbruchpforte und der gerade Bauchmuskel[1].

Von

Dr. **Heinrich Landau** in Berlin.

Der Leistenbruch hat keine lebendige Muskelkraft zu überwinden, wenn er durch die Bauchwand hindurchtritt, sei es als angeborene, als unmerklich entstandene oder als traumatische Hernie. Zumal gilt das von der medialen Bruchpforte; die laterale verhält sich etwas anders. Die mediale Bruchpforte wird lateral begrenzt durch die epigastrische Falte, medial durch die Plica vesico-umbilicalis lateralis, oder, wenn man sich die Grube schon etwas eingestülpt denkt, durch die Falx aponeurotica inguinalis; nach unten kommt der fibröse Strang des Lig. inguinale reflexum (Collesii). Dicht unter der Haut würde der direkte Bruch noch die beiden Pfeiler des subkutanen Leistenringes zu passieren haben. Von dem vielschichtigen Muskelorgan der Bauchwand scheint an dieser Stelle nur Bindegewebe, loses und straffes, lockeres und geformtes, übrig zu sein: der innere schräge und der quere Bauchmuskel schicken ihre Fasern als Kremaster schon in die laterale Bruchpforte hinein, die mediale bedecken sie nur als Bindegewebsplatte. Und was den äußeren Bauchmuskel angeht, so spannen sich seine Leistenringpfeiler mehr oder weniger klaffend, aber bei Ruhe und Arbeit ihres Muskels unverändert, darüber hin.

Es giebt aber einen Muskel, der im Bereiche der medialen Bruchpforte noch voll muskulös ist; das ist der Rectus. In der Ruhe freilich fällt sein lateraler Rand fast mit der Falx aponeurotica inguinalis zusammen; bei starker Kontraktion verbreitert sich aber seine Symphysenpartie um einen guten Zentimeter. Er schiebt sich dabei wie eine Kulisse nach außen und verdeckt — bei guter Entwicklung — die mediale Bruchpforte vollständig.

Man sollte nun meinen, dem plötzlich entstehenden Bruche, wenigstens dem medialen, der doch gerade bei starkem Pressen durch den vereinten Druck von Zwerchfell und Bauchpresse durch seine Pforte getrieben wird, müßte der sich zugleich kontrahierende Rectus eine Schranke setzen. Das geschieht nicht, weil in der Inspirationsstellung von Thorax und Abdomen, die wir vor dem Pressen unwill-

---

[1] Die Übereinstimmung nachstehender Überlegungen mit den anatomischen Tatsachen habe ich bei Gelegenheit anderer Untersuchungen an dem Leichenmateriale der Berliner Anatomie festgestellt; für dessen Benutzung bin ich Herrn Geh.-Rat Waldeyer zu Dank verpflichtet. Der Verschluß der medialen Leistenbruchpforte durch den sich unter bestimmten Bedingungen kontrahierenden Rectus, der springende Punkt meiner Ausführungen, kann am Lebenden durch Betastung nach Art der Untersuchung auf Bruch ohne weiteres nachgewiesen werden.

kürlich einnehmen, der Rectus sich zunächst passiv spannt. Er verkürzt sich nicht, darum kann sein Symphysenansatz sich auch nicht verbreitern; die Kulisse reckt sich in die Höhe, statt seitlich in die Breite, und die mediale Bruchpforte bleibt frei.

Vor Jahren sah ich unter den »wonders« des Zirkus Barnum einen Menschen mit fabelhafter Beweglichkeit von Körperwand und Eingeweiden, der das Wechselspiel zwischen Thorax und Abdomen bei der Atmung in der Deutlichkeit grotesker Übertreibung zeigte: bei der Einatmung blähten die Eingeweide, vom Zwerchfell hinuntergedrückt, den Bauch zur Halkugel auf, über deren Mitte die Recti als schmale, gespannte Bänder verliefen; beim Ausatmen dehnte sich der untere Teil des Brustkorbes weit in allen Gelenken zur Aufnahme der Eingeweide, die unter dem Drucke der Bauchmuskeln in die Zwerchfellkuppel zurück hinaufstiegen; der Mann stand mit flachem, eingezogenem Leibe da wie ein Kropftauber, und auf dem gespannten Abdomen zeichneten sich die beiden Recti in stärkster Verkürzung mit entsprechender Verbreiterung deutlich ab.

Selbst wenn bei heftigem Pressen weiterhin der Willensimpuls zur Kontraktion auch zum Rectus gelangt, wird sich seine Gestalt nicht ändern, nur seine Form: er gerät in isometrische Kontraktion ohne Verkürzung und Arbeitsleistung; sein Ansatz bleibt schmal, die Bruchpforte ungeschützt.

Preßt man hingegen in Exspirationsstellung, so verkürzt sich der Rectus über dem Abdomen, das ihm die übrigen Bauchmuskeln flach drücken helfen, so viel er nur kann; an seiner Verbreiterung nimmt natürlich auch seine untere, seine Symphysenpartie teil: sie schiebt sich über die innere Bruchpforte hin und deckt sie als schützende Wand während der ganzen Dauer der Kontraktion.

Selbst für die lateralen Brüche ist dieser physiologische Schutz nicht ohne Bedeutung; auf ihrer schrägen Wanderung durch die Bauchwand kreuzen sie bald den Weg der direkten (medialen) Brüche, und die Barrière des Rectus könnte sie wenigstens hier noch aufhalten.

Nicht gleichgültig für die Entstehung von Brüchen ist schließlich die Form der Bauchhöhle, wie sie sich bei Ein- und Ausatmung darstellt. Grob genommen mag uns der Umriß eines Eies, das spitze Ende nach unten, den Sagittaldurchschnitt der Bauchhöhle anschaulich machen (Rose). Die Einatmung flacht das stumpfe Ende, das Zwerchfell, ab und buchtet das andere aus; fast haben wir ein Rechteck mit abgerundeten Ecken. Anders die Ausatmungsstellung; sehr spitz wird der untere Winkel, und der Umriß sieht fast herzförmig aus. Dort lasten also die Eingeweide in breiter Schicht auf den fast wagrecht stehenden Bruchpforten, die kein Muskel schützt; hier drängt die Kontraktion des gleichen Muskels, der die vordere Bauchwand mit ihren Bruchpforten fast senkrecht stellt und die mediale sogar direkt verschließt, zum Überfluß noch die Eingeweide von der gefährdeten Bruchpfortengegend weg nach oben. Wie viel leichter also bei Inspirationsstellung ein Bruch durchtreten kann, ist klar.

Aber wir sind es nun einmal gewohnt, besonders bei heftiger Anstrengung, in Inspirationsstellung zu pressen. Sicher nicht ohne Grund: der tiefe Atemzug liefert den Sauerstoff für die nächsten Augenblicke, wo der Körper mit geschlossener Stimmritze ohne Luftwechsel seine Muskeln arbeiten läßt. Und diese arbeitenden Glieder, besonders die Arme mit ihren auf Brust und Rücken übergreifenden Muskeln haben an dem elastisch geblähten Thorax festeren Rückhalt als an dem exspiratorisch zusammengesunkenen. Für jemanden aber, der eine »weiche Leiste«, weite Bruchpforten oder gar schon eine kleine Hernie hat, mag es wohl der Mühe wert sein, umzulernen. Der Impuls, bei jedem Pressen, jeder Anstrengung, jedem Niesen erst die Recti so stark wie möglich zu spannen, die Bruchgegend zu sichern, wird bald zum Reflex, und ich glaube wohl, daß mancher mit Bruchanlage behafteter Mensch, auch von der schwer arbeitenden Menge, auf diese Weise dauernd ohne Operation oder Bruchband leistungsfähig zu erhalten ist.

---

1) **O. Dornblüth.** Diätetisches Kochbuch. Zweite Auflage.

Würzburg, A. Stuber's Verlag (C. Kabitsch), 1905. 351 S.

Da auch der Chirurg diätetische Vorschriften in eingehender Weise nicht selten geben muß, so sei hier kurz auf dieses Werk hingewiesen. Verf. bespricht zunächst die Grundregeln der Ernährung und dann die einzelnen Nährmittel nach ihrer Zusammensetzung und ihrem Wert. Daran schließen sich die Diätvorschriften für den Gesunden und für den Kranken. Die Diät des Diabetikers ist besonders eingehend beschrieben. Die Darstellungsweise ist durchweg klar, allgemein verständlich und anregend; durch Hinweise auf Physiologie und Pathologie wird das Gesagte begründet. Das Buch verdient daher empfohlen zu werden.

A. Most (Breslau).

2) **L. Brieger** und **A. Laquer.** Moderne Hydrotherapie.

(Moderne ärztliche Bibliothek Hft. 13 u. 14. Herausgegeben von F. Karewski.)

Das vorliegende kleine Werk, das auf 67 Seiten natürlich keine erschöpfende Darstellung der Hydrotherapie geben kann, erscheint uns deshalb besonders lesenswert, weil Verff. einmal die Leistungen der Hydrotherapie im Vereine mit den anderen physikalischen Heilmethoden in Betracht ziehen, was besonders bei Behandlung der Gelenkerkrankungen von chirurgischem Interesse ist, und weil sie zweitens zeigen, wie die Hydrotherapie in der Praxis auch außerhalb der eigens dazu errichteten Anstalten sich in mannigfachster Form nutzbringend durchführen läßt.

E. Moser (Zittau).

3) **F. D. Patterson.** Spinal analgesia. The present position of the method based on a review of the literature.

(Vol. I. Fasc. 6. Vol. II. Fasc. 1.)

Eine außerordentlich fleißige Arbeit, die sich auf ein ausgedehntes Literaturstudium stützt und das Verzeichnis von fast 500 Einzelarbeiten über das obige Thema bringt.

Das Resultat, zu dem Verf. kommt, ist kein sehr ermunterndes: »Eine Durchsicht der Literatur scheint mir zu zeigen, daß schon im Hinblick auf die hohe Sterblichkeit allein, ganz abgesehen von den mancherlei Unzulänglichkeiten und Mißerfolgen der Methode, die spinale Analgesie keine Aussicht hat, ein sich allgemein einbürgerndes Anästhesierungsverfahren zu werden. Die Methode sollte reserviert werden für die Fälle, wo infolge Bestehens von Erkrankungen des Herzens, der Lunge oder Nieren jede andere Form der Narkose kontraindiziert ist und die strikte Notwendigkeit eines operativen Eingriffes zur Verlängerung oder Erhaltung des Lebens vorliegt.«

Im übrigen ist Verf. der Ansicht Keen's, daß das Ideal eines Anästhesierungsverfahrens nicht im Beseitigen des Schmerzes bei Erhaltensein des Bewußtseins besteht, sondern in der Aufhebung des Schmerzes und des Bewußtseins bei Abwesenheit jeglicher Lebensgefahr.

Engelmann (Dortmund).

---

4) **Dufour** et **Ribault.** A propos de la stérilisation des solutions de cocaine.

(Revue française de méd et de chir. 1904. Nr. 49.)

Entgegen den Versuchen von Reclus, Arnaud und Hérissey verlieren nach den Experimenten der Verff. Kokainlösungen ihre analgesierenden Eigenschaften, wenn man sie über 100° C in den gewöhnlichen, stark alkalischen Gläsern erhitzt; Kokain zersetzt sich hierbei konstant in Ecgonin und Benzol-Ecgonin. Unter 100° C ist die Zersetzung ohne praktische Bedeutung. Zu einer sicheren Sterilisierung von Kokainlösungen muß man sich also neutraler Gläser bedienen.

Mohr (Bielefeld).

---

5) **Walton.** Fracture of the base of the skull.

(Annals of surgery 1904. November.)

W. hat 50 Schädel von infolge Basisfraktur Gestorbenen anatomisch untersucht und kommt auf Grund dieser Untersuchungen zu folgenden Schlüssen:

1) In der Mehrzahl der Fälle entsteht der Basisbruch durch Einwirkung der Gewalt in horizontaler Ebene des Schädels auf die Stirn-, Hinterhaupts- oder Seitengegend desselben. Frakturen durch Contrecoup, z. B. bei Einwirkung der Gewalt auf den Scheitel, kommen nicht vor.

2) Die Bruchlinie beginnt in der Schädelgrube, die dem Angriffspunkte der Gewalt am nächsten liegt und breitet sich in der Rich-

tung der einwirkenden Kraft aus. Die sich auf die Basis fortsetzenden Linien liegen an den Stellen des geringsten Widerstandes. Die Sella turcica war in 36% der Fälle beteiligt, dann folgten der Häufigkeit nach die Petro-occipital- und Masto-occipital-Gegend. Der Teil des Felsenbeines, welcher den Gehörapparat enthält, scheint besonders leicht der Fraktur ausgesetzt zu sein.

3) Ungleichheit und Unbeweglichkeit der Pupillen oder beides, namentlich Unbeweglichkeit beider Pupillen, sind prognostisch ungünstige Zeichen. Es handelt sich dabei um Reizung (Dilatation) oder Lähmung (starre Enge) zerebraler Fasern des mit dem Plexus caroticus sympatici in den Schädel gelangenden Tractus cilio-spinalis.

4) Die Reflexe sind meistens im Anfange der Verletzung verloren oder herabgesetzt; erscheinen sie wieder, so sind sie gesteigert. Diese bleibende Steigerung ist entweder bedingt durch eine Verletzung zerebraler Fasern allein oder dadurch, daß bei Ausschaltung dieser zerebralen Fasern die spinalen Reflexe, befreit von der zerebralen Kontrolle, überwiegen.

5) Eine Ohrblutung ist kein Anzeichen für die Verletzung der Meningea media.

Herhold (Altona).

---

6) **V. Uchermann.** Otitische Gehirnleiden.

(Norsk Mag. for Laegevid. Jahrg. LXV. p. 353.)

Verf. behandelt im vorliegenden ersten Abschnitte seiner Arbeit die otitischen Abszesse des Gehirns, welche in der otolaryngologischen Klinik des Reichshospitales in Christiania seit der Eröffnung 1891 beobachtet sind. Zuerst bringt er einige statistische Zahlen und zieht Parallele mit der Kasuistik anderer Forscher, besonders Körner's. Dann folgen die ausführlichen Krankengeschichten der beobachteten elf Fälle, von erläuternden Epikrisen gefolgt. In einer weiteren Abteilung setzt Verf. die Symptome ausführlich auseinander, beschreibt dann Komplikationen und Diagnose, wobei er mit beigefügten Krankengeschichten die Differentialdiagnose auseinandersetzt. Schließlich wird ein besonderes Kapitel der Behandlung gewidmet.

Die Arbeit erscheint nächstens ausführlich in der Zeitschrift für Ohrenheilkunde. Besonders den Ohrenärzten ist die Darstellung Verf.s zu empfehlen, obgleich sie auch das allgemeine Interesse der Chirurgen verdient. Eine reiche Fülle hochinteressanter Einzelheiten bringt — auch für den Spezialisten — die überaus fleißige Arbeit, die durch die Übersetzung ins Deutsche auch einem größeren Leserkreise zugänglich wird; ausführlicher sie in diesem Blatte zu referieren geht wohl nicht an.

Hansson (Cimbrishamn).

---

7) C. J. Heath. The restauration of hearing after removal of the drum and ossicles by a modification of the radical mastoid operation for suppurating ear disease.

(Lancet 1904. Dezember 24.)

Mit Abbildung eines großen Instrumentariums beschreibt Verf. seine Methode, die sich in 400 Fällen fast durchweg bewährte, um bei fehlendem Tromelfell und Gehörknöchelchen die Höhrfähigkeit zu erhalten resp. wieder herzustellen. Die Operation ist eine Modifikation der gewöhnlichen Radikaloperation des Warzenfortsatzes bei Mittelohreiterung. Die Vorteile seiner Methode sind nach Verf.: 1) geringer Chok für den Kranken, die Operation ist in $^1/_2$ Stunde zu machen; 2) keine auffallende Narbe; 3) kein Rasieren des Kopfes; 4) leichte Nachbehandlung für Arzt und Pat.; 5) mit Hilfe des Instrumentariums kann die Richtung, in der das Antrum liegt, leicht gefunden werden, auch die Tiefe der Höhle und die Dimensionen, bevor der Knochen noch entfernt ist. Einzelne ausführlicher von Verf. mitgeteilte Fälle zeigen trotz beiderseitiger Operation kaum Abweichungen der Höhrfähigkeit; sie hören Flüstersprache und auch Taschenuhr.

Näher auf die ausführlich beschriebene Operation einzugeben, würde den Rahmen des Referates überschreiten. Hält die Methode, was Verf. ihr nachrühmt, auch anderwärts, so dürfte sie bald allgemeine Anerkennung finden. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

---

8) D. G. Zesas. Über die hysterische Skoliose.

(Arch. internat. de chir. Vol. II. Fasc. I.)

Die Kenntnis der Pathogenese dieser Wirbelsäulendeformität verdanken wir vor allem französischen Autoren; in Deutschland war es v. Esmarch, der zuerst auf diese Erkrankung aufmerksam machte. In der Literatur sind nicht mehr wie ein Dutzend derartiger Beobachtungen beschrieben. Diesen fügt Verf. zwei neue Fälle hinzu, die in der Hoffa'schen Poliklinik zur Beobachtung gekommen waren. Auf Grund dieser Erfahrungen gibt er folgendes Bild von der Erkrankung: »Die Affektion scheint vorzugsweise Mädchen in der Pubertätszeit zu befallen, und meist handelt es sich um nervös stark hereditär belastete Personen«, die vielfach anderweitig hysterische Symptome aufweisen. Das von anderen als charakteristisch hervorgehobene Symptom, das plötzliche Auftreten und Verschwinden der Wirbelsäulendeviation, findet sich nicht in allen Fällen. Gewöhnlich stellen sich bald intensive Schmerzen ein, die einen intermittierenden Charakter haben und im Kontraste mit der fast schmerzlosen aktiven und passiven Beweglichkeit der Wirbelsäule stehen. Eine streng lokalisierte Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule besteht nicht.

Was die Form der Skoliose anlangt, so handelt es sich meist um totale Verbiegungen. Die kompensatorische Krümmung fehlt in der Regel, und die Deviation verschwindet bei Suspension. Häufig sind die Pat. auf energisches Zureden hin imstande, die Verkrümmung

auszugleichen. Von anderen hysterischen Zeichen fand sich in den zwei Fällen Hoffa's eine ausgesprochene halbseitige Hemianästhesie. Was schließlich die Pathogenese der Erkrankung angeht, so existieren darüber verschiedene Hypothesen. Nach Charcot handelt es sich um eine auf Autosuggestion beruhende Steigerung des physiologischen Tonus der Muskulatur der konvexen Seite. Nach Wertheim-Salomonson ist die Skoliose das Sekundäre, während das Primäre in einer hysterischen Muskelasthenie der Hüfte liegt. Dementsprechend fand Verf. auch eine deutliche Schwäche und Parese des einen Beines.

Die Prognose der Erkrankung ist, besonders bei Erwachsenen, eine zweifelhafte.

Die Therapie ist die der Skoliose im allgemeinen, wozu sich die antihysterische Behandlung zu gesellen hat.

Engelmann (Dortmund).

---

9) **O. Vulpius.** Die Behandlung der spinalen Kinderlähmung.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 2.)

Verf. skizziert die für die einzelnen Stadien der spinalen Kinderlähmung passenden therapeutischen Maßnahmen und aus dem Gebiete der mechanischen und operativen Orthopädie die Indikationen, Vor- und Nachteile des Schienenhülsenapparates, der Tenotomie, Sehnenverlängerung, Muskelverlängerung und -Verkürzung, der Sehnenüberpflanzung in verschiedenen Abänderungen, der Arthrodese, Tenodese und Neuroplastik. Abbildungen erläutern die bei einem paralytischen Schlottergelenk durch Gelenkverödung, bei spinaler Quadriceps- und Radialislähmung, bezw. bei einem Handgänger durch operative Eingriffe erzielten Erfolge. **G. Schmidt** (Berlin).

---

10) **Matignon.** Contribution à la pathogénie du »tour de rein«.

(Gaz. hebdom. des sciences méd. 1904. p. 547.)

Die lumbagoähnlichen Schmerzen nach traumatischen Einwirkungen werden gewöhnlich auf Zerreißungen einzelner Fasern der Sakrolumbalmuskeln bezogen. Nach M. spielt dagegen die Muskelruptur eine geringere Rolle als die Zerrung der Wirbelbänder. In solchen Fällen wird folgendes charakteristisches Symptom beobachtet: während in straffer soldatischer Haltung, Rumpf gestreckt, Sakrolumbalmuskeln kontrahiert, kein Schmerz empfunden wird, ruft eine in dieser Haltung erfolgende energische Beugebewegung des Kopfes nach vorn einen umschriebenen Schmerz stets an derselben Stelle der Lendenwirbelsäule hervor. Dieses von M. in fünf Fällen, darunter bei sich selbst, festgestellte Symptom kommt so zustande, daß bei der genannten Bewegung die Wirbelbänder gedehnt und hierdurch an der Stelle der Distorsion schmerzhaft werden. **Mohr** (Bielefeld).

---

11) **C. Hofmann.** Wir unterstützen wir einfach und zweckmäßig die Wiederausdehnung der Lunge nach der durch Rippenresektion vorgenommenen Entleerung eines Pleuraempyems. (Aus der chirurgischen Abteilung des Josephhospitals zu Kalk-Köln.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 47.)

Durch theoretische Erwägungen geleitet und auf Grund günstiger praktischer Erfahrungen empfiehlt H., nach der in üblicher Weise mit Rippenresektion vorgenommene Thorakotomie und vollständigen Entleerung des ganzen Exsudates samt Fibringerinnungen jegliche Drainage zunächst zu vermeiden und die Wunde mit einem dicken aseptischen Verband in mehreren Schichten zu bedecken, deren äußerste bei Durchtränkung, ohne daß die Wunde freigelegt wird, in den nächsten Tagen erneuert werden. Nach Ablauf von 3—5 Tagen, je nachdem es ein etwaiges Ansteigen der Temperatur erheischt, wird der Verband entfernt und nun erst, nachdem sich die Lunge infolge der sorgfältigen Entleerung der Flüssigkeit aus dem Pleuraraum und dank der Absperrung des atmosphärischen Druckes, der durch die Thorakotomiewunde hindurch auf die Lungenoberfläche wirkt, wieder entfaltet hat, zwei, eben in den Pleuraraum reichende, nicht sehr starke Gummidrains eingelegt. Da zwischen Pleura costalis und pulmonalis entsprechend der bereits eingetretenen Ausdehnung der Lunge eine Randverklebung erfolgt ist, besteht jetzt keine Gefahr mehr, daß Luft in den Pleuraraum eindringe. Auf diese Weise hat H. eine Anzahl von Empyemfällen mit sehr günstigem Erfolge behandelt und ohne Fistelbildung zu rascher Ausheilung gebracht. **Kramer** (Glogau).

---

12) **H. C. Jakobaeus** (Stockholm). Paget's disease und sein Verhältnis zum Milchdrüsenkarzinom.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXVIII. p. 124.)

Auf Grund seiner Befunde, die Verf. bei drei von ihm untersuchten Fällen obiger Krankheit erheben konnte, gelangt er zu der Ansicht, daß die Paget'sche Erkrankung von Anfang an ein Karzinom der Ausführungsgänge der Milchdrüse ist und von dem Drüsenepithel derselben ausgeht. Die Epidermisveränderung soll auf der Proliferation des Drüsenkrebses im Epithel beruhen. Die Pagetzellen sind keine an Ort und Stelle krebsig degenerierte Epidermiszellen, sondern eingewanderte Drüsenkrebszellen, deren eigentümliches Auftreten, einzeln oder in kleinen Gruppen, auf den eigenen Eigenschaften der Epidermis beruht. Als Beweis für diese Auffassung wird angeführt, daß der Paget'schen Erkrankung ähnliche Hautveränderungen entstehen, wenn ein gewöhnlicher Drüsenkrebs durch die Haut bricht. Bezüglich der histologischen Befunde muß auf das Original verwiesen werden. **Doering** (Göttingen).

---

13) **C. Pfeiffer.** Die Desmoide der Bauchdecken und ihre Prognose.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 334.)

Im Laufe der letzten 46 Jahre wurden an der v. Bruns'schen Klinik 40 Desmoide der Bauchdecken beobachtet. Unter Verwertung der 100 durch Ledderhose gesammelten Fälle und 260 weiterer aus der Literatur zusammengestellter gründen sich die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit auf insgesamt 400 Beobachtungen. Die Geschwülste sind am häufigsten bei Weibern im 25.—35., bei Männern im 35.—50. Lebensjahre. Auch 8 Fälle bei Kindern sind bekannt. Heredität ist nicht nachweisbar. Als Sitz ist der untere Teil der vorderen Bauchwand, und zwar dessen rechte Hälfte bevorzugt. Den Ausgangspunkt bildeten in 43% der M. rectus abdominis mit seiner Scheide, in 17,5% die übrigen Bauchmuskeln, in 17,0% eine der beiden Bauchfascien, und zwar in 3,7% die oberflächliche, in 13% die tiefe. In dem Reste der Fälle waren mehrere Bauchmuskeln mit der Geschwulst verwachsen und daher der Ausgangspunkt unsicher.

Pathologisch-anatomisch sind die Desmoide der Bauchdecken in der Mehrzahl mehr oder weniger zahlreiche Fibrome, seltener echte Sarkome. Stärker proliferierende Teile von Fibromen können im histologischen Bilde gelegentlich ein Sarkom vortäuschen. Zuweilen ist dem Bindegewebe Schleimgewebe beigemengt. Selten sind Fibromyome der Bauchdecken. Sie wurden bisher ausschließlich bei Frauen beobachtet. Für die Frage der Ätiologie verdient Beachtung, daß 89,4% aller Fälle von Desmoid der Bauchdecken bei Frauen vorkamen, und daß 94,0% dieser Frauen vor dem Auftreten der Geschwulst geboren hatten. Die Ausdehnung der Bauchdecken allein kann als prädisponierendes Moment nicht ausschlaggebend sein, da Dehnungen der Bauchwand durch pathologische Verhältnisse keine Prädisposition schaffen. Da es nun aber bei pathologischer Dehnung zu einer Atrophie kommt, bei der Schwangerschaft dagegen zu einer Arbeitshypertrophie der Bauchwand, welche sich außer in einer Vergrößerung der einzelnen Muskelfasern auch in einer echten Hyperplasie der Muskulatur und des Bindegewebes äußert, so ist Verf. geneigt, in einer Fortdauer dieser Proliferation in umschriebenen, aus ihrem Zusammenhange gelockerten Gewebsbezirken die Ursache für die Entwicklung der Desmoide zu erblicken, indem er sich dabei an die Ribbert'schen Anschauungen anlehnt. Sie lassen sich sinngemäß auch auf anderweitige Zustände anwenden, welche mit einer Zellproliferation einhergehen.

Die Prognose der Desmoide der Bauchdecken darf nicht allzugut gestellt werden. Die primäre Sterblichkeit berechnet Verf. auch in der aseptischen Zeit noch auf 4,5%, und zwar 3,5% bei Eröffnung der Bauchhöhle, 1,05% ohne dieselbe. Dauerheilungen wurden bei Männern in 50%, bei Frauen in 90% erzielt. Eine möglichst frühzeitige und radikale Entfernung ist daher dringend geboten.

M. v. Brunn (Tübingen).

---

14) **J. Barth.** Eine neue Nahtmethode bei Laparotomien.

(Norsk Mag. for Laegevid. Jahrg. LXV. p. 715.)

Verf. näht die Laparotomiewunden in Etagen, zuerst Bauchfell, dann die fascio-muskuläre Schicht, zuletzt die Haut. Er verwendet Silberdraht, dessen antiseptische Eigenschaften er hervorhebt. Die Enden der Fäden werden durch die Haut oberhalb und unterhalb der Wunde durchgeführt und in der Weise angelegt, daß die Einstich- und Ausstichpunkte parallel dem Wundrande liegen; beim Anziehen der Fäden kommen die zusammengehörigen Schichten in breiter Fläche in gegenseitige Berührung. Die Hautnaht wird intrakutan gelegt. Wenn die Naht fertig ist, prüft man die Festigkeit und überzeugt sich, daß der Faden im ganzen herausgezogen werden kann — was bei der Herausnahme am 18. bis 20. Tage ihm immer gelungen ist — durch sanftes Hin- nnd Herbewegen. Somit bilden die Nähte eine wellenförmige Linie und geben eine besonders feste Narbe, wovon Verf. Beispiele aus seiner Praxis erwähnt. Bauchbrüche nach denselben will er niemals beobachtet haben. (Die Grundbedingung der Haltbarkeit aller Bauchnähte: den um jeden Preis zu meidenden Meteorismus nach der Operation, erwähnt Verf. im vorliegenden Aufsatze nicht. Ref.) Eine beigefügte Abbildung veranschaulicht deutlich die Methode.

Hansson (Cimbrishamn).

---

15) **Schmidt.** Intraperitoneale Serum- und Kochsalzlösunginjektionen zur Verhütung operativer Infektionen des Bauchfells.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904. Nr. 49.)

Um die leukocytoseerregenden Stoffe direkt an den Ort ihre größten Wirksamkeit, d. h. in die Bauchhöhle einzuführen, hat S. einen Trokar konstruiert, welcher selbst bei leerer Bauchhöhle ein Einführen ohne Gefahr von Nebenverletzungen gestattet. Das Instrument besteht aus einer 1—$1^1/_2$ cm langen, mit Schild versehenen scharfen Hohlnadel zum Durchbohren der Bauchdecken ausschließlich Bauchfell. In diese wird eine stumpfe Röhre eingeführt, welche vorn feine seitenständige Öffnungen hat. Mit derselben wird das Peritoneum parietale stumpf durchbohrt. Die präparatorische Injektion (5—10 ccm steriles Pferdeserum + 250—500 ccm 0,9%ige NaCl-Lösung) wurde in der Regel 17—19 Stunden vor der Operation gemacht. Der Höhepunkt der Wirkung tritt erst nach ca. 48 Stunden ein. Die Erfahrung, die sich auf fünf Fälle bezieht, zeigt, daß eine leichte Reizung des Bauchfells erzeugt war, welche die natürliche Resistenz zu erhöhen vermag.

Borchard (Posen).

---

16) **Christel.** Von der Blinddarmentzündung, Perityphlitis oder Appendicitis.

(Med. Volksbücherei Hft. 14. Hrsg. von Dr. Witthauer.)

Wenn das vorliegende Büchlein seiner Bestimmung gemäß auch dem Arzt und vor allem dem Chirurgen nichts Neues bietet, so möchte

ich es doch nicht unterlassen, auch an dieser Stelle dasselbe warm zur weiteren Verbreitung zu empfehlen. In dem Laien leicht verständlicher Sprache gibt Verf. ein Bild von den verschiedenen Formen der Appendicitis und hat es vor allem trefflich verstanden, auch dem Laien klar zu machen, wie sehr die Appendicitis eine chirurgische Krankheit ist, und welcherlei Überlegungen den Chirurgen bewegen, so früh wie möglich zum Messer zu greifen. Man kann nur wünschen, daß das Büchlein eine sehr weite Verbreitung im Publikum findet; denn es würde den Arzt sehr wesentlich in der Aufklärung der großen Menge über die Appendicitis unterstützen und so dazu beitragen, daß immer mehr Opfer dieser heimtückischen Krankheit entrissen werden.

Dettmer (Bromberg).

---

17) **Federmann.** Was leistet die Leukocytenuntersuchung im Frühstadium der Appendicitis. (Aus der chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses Moabit zu Berlin.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 50.)

Die Ergebnisse der Beobachtungen F.'s lassen sich kurz dahin zusammenfassen, daß eine hohe Leukocytenzahl von 20000 und mehr der Ausdruck einer schweren Infektion ist, für das Vorhandensein von Eiter aber nichts besagt, daß bei fortschreitender Allgemeinvergiftung die Zahl im Gegensatze zur Schwere aller übrigen Symptome sinkt, und daß hohe Leukocytose in den ersten Tagen der Erkrankung die Indikation zum sofortigen Eingriff ergibt. Während letzterer zu dieser Zeit eine günstige Prognose bietet, wird diese bei späterem Operieren bei niedriger oder fehlender Leukocytose und schweren klinischen Symptomen immer schlechter. F. erklärt deshalb den Leukocytenbefund vor der Operation für das sicherste prognostische Merkmal, weil er am klarsten die noch vorhandene Wehrkraft des Organismus wiederspiegelt. **Kramer** (Glogau).

---

18) **F. Berndt.** Leukocytenzählung und Frühoperation bei Epityphlitis. (Aus der chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses in Stralsund.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 50 u. 51.)

Nach B. ist der Wert der Leukocytenzählung im allgemeinen für die Appendicitis ein beschränkter, dagegen für die Differentialdiagnose zwischen dieser und Typhus von größerer Bedeutung, da die Leukocytenzahl im Anfang des letzteren fast stets stark vermindert, bei Appendicitis stets vermehrt ist. Wichtiger ist das Verhalten des Pulses für die Unterscheidung zwischen schweren und leichten Fällen von Appendicitis; eine dauernd hohe Pulszahl weist auf eine schwere Erkrankung hin und mahnt zu sofortiger Operation.

Kramer (Glogau).

---

19) Seelig. The treatment of the stump in appendicectomy.
(Annals of surgery 1904. November.)

Die drei Methoden, welche zur Versorgung des Wurmfortsatzstumpfes in Betracht kommen, sind folgende. 1) Abbinden des Stumpfes, Durchschneiden distal von der Ligatur und Einstülpen in den Blinddarm mit oder ohne Bildung eines peritonealen Lappens. Hierbei kann aber das sich stets bildende Exsudat des Stumpfes vereitern und der im Blinddarm gelegene Abszeß in die Bauchhöhle durchbrechen. 2) Abtrennen des Wurmfortsatzes ohne vorherige Unterbindung und Einstülpung durch Übernähung. Hierbei kann einmal das Operationsfeld durch Ausfließen von Kot oder infektiösem Material aus dem Stumpf infiziert werden, oder es kann zur sekundären Nachblutung kommen, falls, wie öfter beobachtet wird, eine Wandarterie des Wurmfortsatzes vorhanden ist. 3) Unterbindung, Abtrennen des Wurmfortsatzes, Kauterisation des Stumpfes mit reiner Karbolsäure oder dem Paquelin und Versenken in die Bauchhöhle.

Diese dritte Methode ist nach S. die beste. Der Einwurf, daß hierbei Schleimhaut gegen Schleimhaut liegt, und Verklebung nicht erfolgt, kann nicht gemacht werden, wie Längsschnitte durch so von S. versorgte Stümpfe beweisen. Im mikroskopischen Bilde zeigte es sich vielmehr, daß die Schleimhaut an beiden Enden sich zurückgezogen, und daß eine Vernarbung unter Beteiligung der übrigen Schichten stattgefunden hatte. Auch der zweite Einwurf, daß ein infektiöser Stumpf in der Bauchhöhle zurückgelassen sei, ist hinfällig, da derartig behandelte und in Bouillon gelegte Stümpfe sich als steril erwiesen. Auch Verwachsungen bilden sich nach dieser Methode nicht mehr und nicht weniger wie nach den übrigen.

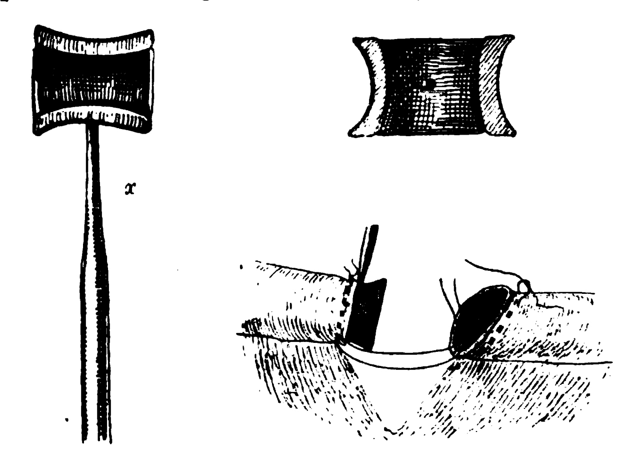
Herhold (Altona).

---

20) Harrington and Gould. The use of the segmented ring in gastric and intestinal anastomoses.
(Annals of surgery 1904. November.)

Verff. schlagen zur Darmvereinigung von End zu End durch seitliche Anastomose die Benutzung eines aus vier Teilen bestehenden und aus Hartaluminium gefertigten Ringes vor. Die einzelnen Teilstücke greifen durch Zunge und Falz lose ineinander und werden in dieser Lage durch einen eingeschraubten Stahlstock x gehalten. Sobald der Stock x abgeschraubt ist, fallen sie leicht auseinander. Nach Durchtrennung des Darmes wird der Ring in das eine Darmende eingeführt, wobei der Stahlstab als Handhabe dient, und in demselben durch eine Catgut-Tabaksbeutelnaht festgehalten. Das andere Darmstück, in welchem eine Catgut-Tabaksbeutelnaht ohne sie zu knüpfen bereits angelegt ist, wird hinüber gezogen und nun geknotet. Der Stab wird jetzt entfernt und die Teile des Ringes sind nur durch die Tabaksbeutelnaht zusammengehalten. Sobald die Naht resorbiert ist, fallen sie auseinander und gehen mit dem Kot ab. Durch Tierversuche

stellten Verff. die zwischen Ring und Naht eintretenden Veränderungen und weiteren Schicksale der Darmschichten fest unter Beigabe guter mikroskopischer Abbildungen. Die Vorzüge, welche die Benutzung des



Segmentringes bieten soll, sind folgende: Reinlichkeit der Operation, Erleichterung der Darmnaht, bequeme Einführung des Ringes.

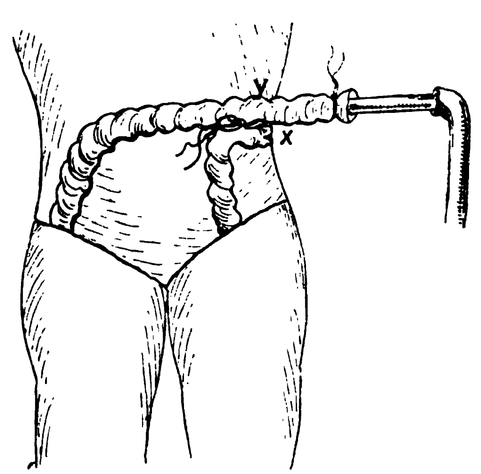
Herhold (Altona).

---

21) **McGraw.** A new operation for intestinal stenoses.

(Annals of surgery 1904. November.)

Verf. schlägt folgende Methode für die Resektion der im Dickdarme sitzenden Geschwülste vor. 1) Möglichst genaue diagnostische Lokalisation der Geschwulst und Eröffnung des Leibes direkt über derselben. 2) Hervorwälzung der Geschwulst mit zu- und abführen-



dem Darmabschnitt. 3) Bildung einer Anastomose zwischen der ab- und zuführenden Darmschlinge durch Schlauchligatur in genügendem Abstande von der Geschwulst. 4) Schluß der Bauchwunde um den

vorgelagerten Darm so, daß die Anastomose in der Bauchhöhle liegt. 5) Abbinden des abführenden Darmendes mit Silk und Abschneiden unterhalb der Ligatur, Vernähen und Versenken desselben (x). 6) Entleerung des zuführenden Rohres (y), wobei ein Beschmutzen der Wunde zu vermeiden ist, und Abtragen der Geschwulst. 7) Einführen eines Glasrohres mit Schlauch. Nach 3—4 Tagen ist die Anastomose durchgängig und kann das Glasrohr entfernt werden. Zugleich wird das zuführende Ende eingestülpt, vernäht und die Hautwunde darüber geschlossen. M. glaubt, daß sich auf diese Weise eine Verunreinigung der Bauchhöhle sicher vermeiden lasse und Pat. einzeitig operiert werden kann.

Herhold (Altona).

Kleinere Mitteilungen.

22) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

143. Sitzung am Montag, dem 12. Dezember 1904.

Vorsitzender: Herr Rotter.

1) Herr Immelmann demonstriert die Röntgenbilder einer Navicularfraktur der Handwurzel, entstanden durch übermäßige Supinationsbewegung beim Auswringen eines Titrierbeutels, einer dorsalen Luxation der Grundphalange des rechten Mittelfingers, einer Bennett'schen Fraktur der Basis der Grundphalange (Abbruch des inneren Condylus derselben) des Daumens, welche gewöhnlich als Luxation imponiert. Als Grundphalange des Daumens spricht I. auf Grund des Röntgenbildes von Kinderhänden den sonst als Metaphalange des Daumens bezeichneten Knochen an.

2) Herr Croce: a. Zwei Fälle von Wirbelfraktur.

C. demonstriert die Röntgenbilder von zwei Wirbelfrakturen, einer isolierten Fraktur des 4. Halswirbelkörpers und einer isolierten Fraktur des letzten Lendenwirbelbogens. Die erstere war trotz deutlicher Symptome von dem erstbehandelnden Arzt übersehen und $1^1/_2$ Jahr lang auf Rheumatismus, Hysterie usw. behandelt worden. Die zweite Verletzung, durch einen Deichselschlag gegen den linken Trochanter veranlaßt, hatte sich nur durch Parästhesien im linken Bein und eine leichte Druckempfindlichkeit am letzten Lendenwirbel bemerkbar gemacht. Zur Darstellung der Frakturen im Röntgenbilde bedarf es meist wiederholter Aufnahmen mit wechselnder Projektion.

b. Geheilte Fälle von Perforationen des Magens und Duodenums

C. bespricht drei durch Frühoperation innerhalb der ersten 12 Stunden gerettete Fälle von Perforationen des Magens resp. des Duodenums, eine Schußverletzung durch die vordere und hintere Magenwand, ein perforiertes Ulcus ventriculi und ein perforiertes Ulcus duodeni. In den beiden letzten Fällen war das ganze Abdomen voll von ausgetretenem Magen- resp. Darminhalte; sie wurden beide nach Verschluß des Geschwüres durch Naht und Übernähung mit reichlicher Kochsalzspülung und Tamponade behandelt. Bei der Schußverletzung und dem Fall von Magenperforation folgte glatte Heilung. Bei der Perforation des Duodenums entwickelte sich zunächst ein starker Meteorismus, der am nächsten Tage nach dreimaliger Injektion von Physostygmin 0,0005 g pro dosi, bei gleichzeitiger Behandlung mit Glyzerin-Seifenwassereinläufen behoben wurde; weitere Störungen von seiten des Peritoneums traten nicht ein; Pat. machte noch eine schwere doppelseitige Pneumonie durch und befindet sich jetzt, nach 12 Wochen, in der Genesung.

3) Herr Dirk: Erfahrungen mit der Skopolamin-Morphiumnarkose.

D. berichtet über die Erfahrungen, welche im St. Hedwigs-Krankenhause über die Skopolamin-Morphiumnarkose im vergangenen Jahre an 260 größeren Opera-

tionen (188 Laparotomien) gesammelt worden sind. Eingespritzt wurde 2 Stunden vor der Operation $^1/_2$ mg Skopolamin + 1,5 cg Morphium, 1 Stunde vor der Operation $^1/_2$ mg Skopolamin + 1,00 cg Morphium. Zur Erzielung der Vollnarkose wurde in 144 Fällen nur Äther (60—100 ccm), in 87 Fällen Chloroform (10—30 ccm) und Äther (50—80 ccm) gegeben; in 29 Fällen bedurfte es keines weiteren Narkotikums. 3 Operierte im Alter von 69, 73, 76 Jahren, welche an Darmkrebs litten, starben am Operationstage; 2 davon hatten infolge des chronischen Ileus bereits eine diffus-eitrige Peritonitis, und alle 3 waren in solch desolatem Zustande, daß sie eine Inhalationsnarkose nicht vertragen hätten. Der Skopolamin-Morphiumnarkose haftet nur der eine Nachteil an, daß neben einer gewissen Umständlichkeit der Anwendung sowohl vor wie nach der Operation eine Überwachung des Kranken unbedingt nötig ist. Dem gegenüber hat sie viele Vorteile:

1. Nicht hoch genug zu schätzen ist das psychische Moment bei Frauen und ängstlichen Personen; die Narkose wird im Bett eingeleitet; die Aufregung vor der Operation ist gemildert und die Erinnerung an die oft höchst unangenehme Vorbereitung bleibt erspart.

2. Der Übergang zur Vollnarkose ist schonend, ohne Angst- und Erstickungsgefühl.

3. Die Narkose ist ruhig, gleichmäßig, ohne Salivation, ohne Trachealrasseln, ohne Husten, ohne Brechreiz, ohne Asphyxie und ohne Kollaps.

4. Nach der Operation folgt ein langer Schlaf, in dem die Kranken den ersten Wundschmerz verschlafen.

5. Die Kranken bleiben verschont von dem in der Bauchchirurgie so sehr verabscheuten Erbrechen, sobald sie Nahrung zu sich nehmen.

6. Das Skopolamin-Morphium ermöglicht eine Narkose bei alten und schwächlichen Pat., bei denen Chloroform und Äther gefährlich sein würden.

Diskussion: Herr Israel bestätigt im allgemeinen diese Ausführungen auf Grund seiner Erfahrungen an 332 Narkosen mit Skopolamin-Morphium. Verabreicht wurden auf einmal 0,0008 Skopolamin und 0,02 Morphium. Schwierigkeiten macht es manchmal in großen Betrieben, bei der Aufeinanderfolge mehrerer Operationen es so einzurichten, daß Pat. gerade in dem günstigsten Stadium des Schlafes zur Operation kommt; man muß nicht nur die Zeit des Beginnes jeder Operation, sondern auch ihre Dauer vorher annähernd kennen. 32 Pat. (9,6%), meist Leute des 5. Dezenniums, darunter solche mit großen abdominellen Operationen, brauchten kein weiteres Narkotikum; bei den übrigen wurde Chloroform oder Äther meist allein verabreicht, zuweilen auch zuerst Chloroform, dann Äther. Gewöhnlich wurden 10—15 ccm Chloroform für Operationen von 1 bis 2 Stunden Dauer, im Maximum 25 ccm bei tropfenweiser Verabreichung gebraucht.

Auffallend waren die Ungleichmäßigkeiten in der Wirkung des Skopolamins, von dem immer das beste Merck'sche Präparat verwendet wurde: 1) bezüglich des vor der Operation eintretenden Schlafzustandes, der bei einigen leicht, bei manchen kaum zu erzielen war; 2) bezüglich der Notwendigkeit der Verabreichung eines anderen Narkotikums während der Operation; 3) bezüglich des Schlafes nach der Operation, wo manche gleich munter sind, andere viele Stunden fest weiter schlafen. Auch die Wirkung auf die Pupillen und auf das Herz war verschieden; wegen nicht selten auftretender erhöhter Pulsfrequenz wurde es bei Herzkranken nicht gegeben.

I. hat einen Tod in der Narkose erlebt nach der üblichen Dosis Skopolamin-Morphium und 40 Äther bei einem Pat., der nach 8tägiger Anurie in desolatem Zustande war, ganz im Beginn der Operation bei Anlegung des Hautschnittes; zwei Fälle sind unter auffälligen Begleiterscheinungen einige Tage nach der Operation gestorben. Der erste, ein an einseitiger Nierentuberkulose leidender Mann, hatte 2 Tage hintereinander Morphium-Skopolaminnarkose, das zweite Mal mit 18 ccm Chloroform, erhalten; es entwickelte sich bei ihm ohne Fieber eine auffallende Unruhe mit einer Pulsfrequenz von 120, und 3×24 Stunden post. op. starb er im Koma. Die Obduktion ergab Verfettung der Papillarmuskeln des Herzens, parenchymatöse Trübung der Leber, der vorher gesunden Niere. In ähnlicher

Weise ging ein junges, kräftiges Mädchen nach einer Laparotomie wegen Peritonitis nach Pyosalpinx am 4. Tage post op. (25 ccm Chloroform) zugrunde; die ersten 20 Stunden befand sie sich wohl, am 2. Tage trat Unruhe, am 3. Tage Benommenheit, Koma, Myosis, Oligurie ein. Die Obduktion ergab Verfettung der parenchymatösen Organe wie bei der Phosphorvergiftung.

I. gibt zu bedenken, ob diese Schädigungen nicht aus der Kombination des Chloroforms mit dem Skopolamin erwachsen sind.

Herr Rotter fand die Unbequemlichkeit nicht so hervortretend; er brauchte die Operation nicht gerade 2 Stunden nach der ersten Einspritzung zu beginnen, auch noch 3 Stunden später war die Wirkung genügend vorhanden. Auch er hat die Ungleichmäßigkeiten der Wirkung gefunden, die wohl auf individuellen Verschiedenheiten in der Empfänglichkeit der Pat. beruhen. Er ist sehr zufrieden mit dieser sehr humanen Narkose. Die bei ihm vorgekommenen Todesfälle bezieht er mehr auf das Leiden als auf die Narkose.

4) Herr Rotter: Erfahrungen über die Operation der akuten Appendicitis in den ersten 48 Stunden.

R. berichtet zunächst über die Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchungen, welche Aschoff an den Wurmfortsätzen seiner Frühoperationen gemacht hat; aus denselben erhellt der Beginn der Entzündung im Wurmfortsatz in der Tiefe der Krypten desselben, von wo die Entzündung in die Submucosa und vor allem in die Muscularis fortschreitet, wo sich kleine, herdförmige, eitrige Einschmelzungen bilden können, schon bei den einfachen katarrhalischen Entzündungen.

R. teilt seine 65 Fälle ein

I. in solche ohne besondere Exsudation in die freie Bauchhöhle bei fast unverändertem Wurmfortsatz oder nur auf ihn und seine nächste Umgebung beschränkten Entzündungserscheinungen;

II. in solche mit serösem oder trübserösem freiem Exsudat bei schwerer — bis zur eitrigen Infiltration oder beginnender Gangrän — verändertem, aber meist noch frei beweglichem Wurmfortsatz;

III. in solche mit eitriger Exsudation, bei denen Perforation resp. voll entwickelte Nekrose des Wurmfortsatzes vorlag.

Die von den trübserösen bis eitrigen Exsudaten angelegten Strichkulturen waren fast immer bakterienhaltig. Die Hauptmasse des Exsudates befand sich im Douglas, oft sehr früh schon in Mengen von $^1/_4$—$^1/_2$ Liter. Bei der Mehrzahl der Fälle unter II. würde es weiterhin zu Verklebungen in der näheren oder weiteren Umgebung und zu abgekapselten Eiterungen gekommen sein. Im klinischen Bilde zeigten die Fälle unter I. bei minimalen Veränderungen einen regelrechten Anfall mit Erbrechen (durch lymphangitische Reizung der Nerven des Mesenteriums vom Plexus coeliacus reflektorisch ausgelöst), Druckschmerz ohne Kontraktion der Muskulatur; die Fälle unter II. boten stärkeren Druckschmerz, z. T. auch links, lokalisierte Bauchdeckenspannung, Fieber, meist noch keine Auftreibung des Leibes; sie wurden früher meist als zirkumskripte diagnostiziert; bei den Fällen unter III. war bei der Hälfte das Allgemeinbefinden schwer gestört, bei einigen sogar mit Verfall und Benommenheit; es war linksseitiger Druckschmerz mit Auftreibung und Spannung des Leibes nachweisbar.

Wenn auch die klinische Diagnose meist den angenommenen pathologisch-anatomischen Veränderungen entsprach, so boten doch auch manche Fälle mit leichten Symptomen schwere, andere mit schwereren Symptomen verhältnismäßig geringe Veränderungen. Die Operation erfordert bei den perforierenden und nekrotisierenden Formen einen nicht zu kleinen Schnitt, um gut abstopfen zu können. Spülung der Bauchhöhle wurde bei einem Teile der eitrigen Exsudate geübt; es ist fraglich, ob man mit ihr viel erreicht; sicher ist es, daß man mit ihr nicht schadet. Von 65 Pat. starben 9 = 13%, 5 mit schwer eitriger Peritonitis, die nicht zu retten waren; von den übrigen 4 war einer ein 35jähriger korpulenter Diabetiker mit trüb serösem Exsudat, 3 waren alte Personen zwischen 70 und 80 Jahren, die an sekundärer Pneumonie starben. Bei Leuten über 50 Jahren will R. überhaupt nur bei besonders günstigen Gesundheitsverhältnissen operieren.

Sprengel hat unter etwa 50 Fällen eine Mortalität von 6%. Doch enthält seine Statistik verhältnismäßig weniger eitrige Peritonitiden, $^1/_5$ der Gesamtheit, gegen $^1/_3$ bei R. Berechnet man nur die eitrigen Peritonitiden, so zeigt die Sprengelsche und R.'sche Statistik die gleiche Mortalität von 27%. Im Vergleich mit dem exspektativen Verhalten, wie es noch 1903 beobachtet wurde, ergibt sich ein Absinken der Mortalität bei den diffusen eitrigen Formen von 54 auf 27 resp. 24%; bei den zirkumskripten Abszedierungen und den einfachen Formen ist das Verhältnis dasselbe geblieben, 5% resp. 0%. Auf Grund dieses Absinkens der Gesamtmortalität, und weil bei der 48 Stunden-Operation den meisten Pat. (mit zirkumskripten Eiterungen) eine lange Leidenszeit, die Bauchbrüche, erspart bleiben (von diesen sind nur 4 tamponiert, 17 genäht, 14 primär geheilt), ist R. Anhänger derselben geworden. Bei den nach 48 Stunden eingelieferten Pat. verhält er sich außer bei den diffus eitrigen Formen zuwartend; die Abszesse werden eröffnet, wenn die Temperatur am 5. Tage noch 39° übersteigt. Wenn niedriges Fieber bis 38,5° vorhanden ist, kann man bis zum 9. oder 10. Tage warten. Die Douglasabszesse werden vom Rektum resp. der Vagina aus entfernt.

Diskussion. Herr Sonnenburg: Die Frühoperation ist von besonderem Wert für die fortschreitenden Formen, hier bessert sie die Diagnose wesentlich.

Die Fälle, welche Rotter unter die Gruppen I und II geordnet hat, hat S. nicht sofort operiert, sondern später oder erst im freien Intervall; auch die meisten Fälle mit zirkumskripten Eiterungen klingen glatt ab.

In den letzten 3 Jahren wurden in die S.'sche Abteilung 160 Pat. eingeliefert, die in den ersten 24 resp. 48 Stunden des Anfalles sich befanden. Von diesen wurden wegen der klinischen Symptome einer fortschreitenden Peritonitis und schwerer Veränderungen (meist Gangrän) des Wurmfortsatzes 50 sofort operiert (8 Todesfälle), 70 in den nächsten Wochen (gestorben 4 an fortschreitender Peritonitis, 2 an Embolien) 42 wurden ausschließlich exspektativ behandelt. Es wurde also nicht kritiklos jeder Kranke im Anfall operiert. Daß von den sofort Operierten 8 starben, beweist, daß bei hochgradiger Infektion und Toxinwirkung selbst die früheste Frühoperation versagen kann. Ob die Prognose der 4 im späteren Stadium operierten und gestorbenen Kranken durch eine Frühoperation sich günstiger gestaltet hätte, läßt sich nicht entscheiden. Die 42 exspektativ behandelten Fälle ohne Todesfall sprechen für die richtige Wahl der Behandlung. Ob die Frühoperation immer eine schnellere Ausheilung der Krankheit als solcher, als ein später vorgenommener Eingriff erzielt, ist zum mindesten zweifelhaft.

Herr Israel: Wenn wir die Prognose bei den Fällen der Gruppe III günstig gestalten wollen, müssen wir die Gruppen I und II ebenfalls früh — präventiv — operieren. Man kann nicht mit genügender Sicherheit die einzelnen Formen diagnostisch unterscheiden; anscheinend leichte Fälle können plötzlich eine schwere Wendung nehmen. Unter 185 Fällen von I. waren 100 Intervalloperationen mit 0% Mortalität; von 48 in den ersten 48 Stunden operierten ist 1 = 2% an diffuser Peritonitis gestorben. In späteren Stadien vom 3. bis zum 14. Tage sind 37 operiert mit 16 = 33,2% Mortalität; 14 davon waren fortschreitende, nicht abgekammerte Peritonitiden; davon sind 13 gestorben. Nach Ablauf der ersten 48 Stunden operiert I. nur die schlechtesten Fälle sofort, bei den übrigen wartet er ab und stellt die Indikation zur Operation wesentlich nach dem Verhalten der Temperatur wie Herr Rotter.

Herr Riese: R. hatte unter 46 in den ersten 48 Stunden operierten 3 = 6,5% Todesfälle; von 22 am 3. Tag operierten starben bereits 7 = 30%. Wenn man früh operiert, entschließen sich die Pat. unter dem Eindrucke der heftigen Schmerzen leicht zur Operation. Viele von den in den Intervall hinüber geleiteten Pat. lassen sich im Intervall nicht operieren und kommen in einem nächsten Anfall oft unter ungünstigeren Verhältnissen zur Operation.

Herr Karewski: K. hat von 39 Frühoperationen 2 verloren; es waren 18 zirkumskripte, 6 progrediente Eiterungen, 15 Fälle mit trübserösem Exsudat. Am Wurmfortsatz waren 9mal Gangrän, 6mal Perforation, 20mal Schwellung, Rötung des Organes, 4mal geringfügige Veränderungen vorhanden. Bei 26 nicht operierten

Fällen hat K. über den weiteren Verlauf nachgeforscht; nur 4 sind dauernd geheilt geblieben, die übrigen sind operiert und davon 7 gestorben. Von 23 später als 48 Stunden im schwersten Endstadium eingelieferten waren verschiedene ursprünglich ganz leicht erkrankt; 12 davon wurden operiert, 4 geheilt.

Herr Sonnenburg meint, man müsse dahin streben, den schweren Anfall unterscheiden zu lernen von dem leichten; im übrigen müsse man immer bereit sein, bei zunächst leichteren Fällen sofort zu operieren, wenn schwere Symptome auftreten.

Herr Nordmann berichtet aus dem Krankenhause am Urban über 52 Fälle. Es waren 34 rein akute Perityphlitiden (einschließlich der abgekapselten Eiterungen) und 18 Fälle mit diffuser Peritonitis. 24mal war der Wurmfortsatz perforiert. Die ersteren, darunter verschiedene 60 Jahre alt, sind sämtlich geheilt; von letzteren sind 5 = 27% gestorben — gegen früher, wo dieselben 60% Mortalität hatten, eine erhebliche Besserung. Von den am 3. Tag operierten 19 Pat. mit Peritonitis sind 8 = 42% gestorben. 19 Fälle rein akuter Perityphlitis wurden am 3. Tag operiert mit 0% Mortalität; doch war bei ihnen die Rekonvaleszenz schlechter, durch Nahtinsuffizienzen und Kotfisteln mehrfach gestört. K. hat die Fälle zunächst mit Auswahl bei Vorhandensein bedrohlicher Symptome operiert, tut es aber jetzt innerhalb der ersten 48 Stunden bedingunglos; nach Ablauf derselben soll man möglichst den freien Intervall abwarten. Bei der bakteriologischen Untersuchung der Exsudate, bei der man mehrere Kubikzentimeter verwenden soll, wurden in allen Fällen Bakterien gefunden. K. spült bei Peritonitis die Bauchhöhle unter Anwendung großer Mengen, von 15—20 Litern, Kochsalzlösung.

Herr Rotter betont noch, daß auch in seinen Fällen die klinische Diagnose nicht immer ganz den Krankheitsprozessen am Wurmfortsatz und in der Bauchhöhle entsprach, und daß besonders die Initialsymptome auch bei leichteren Veränderungen zuweilen sehr alarmierend waren. **Richard Wolff** (Berlin).

---

23) **Albanese** (Palermo). Contributo di chirurgia pratica.
Palermo, **Barravecchia,** 1904. 124 S.

Der eingehenden Beschreibung der Einrichtung der A.'schen Klinik, der Vorbereitung der Kranken zur Operation — wobei besonders die streng aseptischen Kautelen hervorzuheben sind —, folgt die Operationsstatistik von 196 Nummern, unter denen A. keinen tödlichen Ausgang zu beklagen hatte. Der Wert dieser, Tansini gewidmeten, Publikation beruht weniger auf neuen wissenschaftlichen Gesichtspunkten, als darauf, daß das Institut A.'s die erste Klinik nach modernem Muster in Palermo ist, »welche, dopo non lievi sacrificii, nunmehr sich Einfluß und Anerkennung verschafft hat«. **A. Most** (Breslau).

24) **F. Selberg.** Über postoperative Psychosen.
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 173.)

S. teilt acht Fälle mit, in denen nach den verschiedensten operativen Eingriffen Psychosen auftraten. Siebenmal handelte es sich um aseptische Operationen, einmal um die Eröffnung eines perityphlitischen Abszesses.

Eine 49jährige Frau zeigte nach Operation eines eingeklemmten Nabelbruches eine mehrtägige Verwirrtheit mit Beeinträchtigungsidee, Halluzinationen und Selbstvorwürfen. Heilung.

Eine 39jährige Lehrersfrau erkrankte nach Exstirpation des Ganglion Gasseri teils unter Erscheinungen, die auf organische Störungen des Gehirns zurückzuführen waren, teils bot sie mehrere allgemeine psychische Veränderungen, Verwirrtheit und Depression. Eine psychische Schwäche und Labilität blieb zurück.

Ein 57jähriges Fräulein, das schon vorher hystero-neurasthenische Symptome aufwies, hatte nach einer Amputatio mammae Halluzinationen und Zwangsvorstellungen. Beeinträchtigungsideen und Hang zum Querulieren blieben zurück.

Eine 66jährige senile Frau zeigte nach Amputatio femoris halluzinatorische Verwirrtheit mit lebhaften Erregungszuständen und starb.

Ein 23jähriger Buchhalter, der durch ein jahrelang bestehendes Ulcus duodeni psychisch und körperlich heruntergekommen war, beging nach Gastroenterostomie und Enteroanastomose in einem Zustande schwerster Depression Selbstmord.

Ein 64jähriger Herr »von augenscheinlich etwas abnormem Charakter und nicht unbestrittenem Alkoholgenuß« erkrankte nach Eröffnung eines perityphlitischen Abszesses mit deliriösen Erscheinungen und Halluzinationen.

Bei einer 31jährigen Frau stellte sich nach Pyloroplastik eine akute halluzinatorische Verwirrtheit ein.

Ein 71jähriger Herr, der durch eine Trigeminusneuralgie geschwächt war, erkrankte nach Resektion des zweiten Astes an Halluzinationen.

In sieben von den acht Fällen handelte es sich um Individuen, die schon vor der Operation nervenleidend oder psychisch defekt waren. Diese Prädisposition scheint demnach das Wesentliche zu sein. Die psychische Alteration sowie die unvermeidlichen, mit einer größeren Operation verbundenen Schädigungen geben dann die Gelegenheitsursache für den Ausbruch einer Psychose ab.

M. v. Brunn (Tübingen).

25) **Mellish.** Total avulsion of the scalp.

(Annals of surgery 1905. November.)

Einer Frau wurde durch Einwirkung einer Maschine die ganze Kopfhaut vom Nasenrücken bis nach hinten zum 5. Halswirbel abgerissen. Die zur Überpflanzung benutzten Thiersch'schen Hautlappen wurden teils von den Oberschenkeln und Armen der Verletzten, teils von den Oberschenkeln des Gatten und eines 14jährigen Knaben entnommen. Die heterogenen Lappen stießen sich nach einiger Zeit wieder ab, während die vom eigenen Körper gewonnenen gut anheilten. In 75 Tagen war der skalpierte Kopf völlig überhäutet; hätte man auf die heterogenen Lappen verzichtet, so würde der Heilungsprozeß in der Hälfte der Zeit beendigt gewesen sein. Die Hautlappen waren für das Cranium besonders dick genommen und enthielten Stratum corneum, lucidum und Rete Malpighi mit den Spitzen der Papillen des Corium. Die Hauptsache ist nach Verf., die Wundfläche vor Mikrobeninvasion und die aufgelegten Hautlappen vor Druck zu schützen.

Herhold (Altona).

26) **Sick.** Peritheliom der Dura mater.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904. Nr. 47.)

S. stellte im ärztlichen Verein zu Hamburg einen Pat. vor, dem er 8 Monate vorher das Peritheliom entfernt hatte. Die Geschwulst ging von der Dura aus, und zwar von der Falx, hatte die beiden Stirnlappen dachförmig umwachsen. Bei der Operation mußte der Sinus unterbunden, ein Teil der Pia und einzelne Teile der Rindensubstanz mitentfernt werden. Da der Knochen in weiter Ausdehnung ergriffen war, mußte der Sinus frontalis eröffnet werden. Nach der Operation bestand ein länger dauernder reichlicher Abfluß von Zerebrospinalflüssigkeit durch die Nase, der aber von selbst aufhörte. Völlige Heilung.

Borchard (Posen).

27) **G. Haug.** Beitrag zur Statistik der Hasenscharten. Auf Grund von 555 Fällen der v. Bruns'schen Klinik.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 254.)

Die Arbeit gibt eine Gesamtübersicht der in der genannten Klinik seit 1843 beobachteten Fälle unter Einbeziehung der bereits 1886 durch E. Müller bearbeiteten 270 Fälle. 285 Fälle kommen also aus den Jahren 1886—1904 neu hinzu. Die jährliche Frequenz schwankte zwischen 10 und 26. Auf die einzelnen Unterarten verteilt sich das Gesamtmaterial folgendermaßen: Einseitige, nicht komplizierte Lippenspalten waren 130, doppelseitige, nicht komplizierte Lippenspalten 18, einseitige Lippen-Kieferspalten 21, doppelseitige Lippenspalten mit ein- oder doppel-

seitiger Spaltung des Alveolarfortsatzes 6, einseitige Lippen-Gaumenspalten 27, doppelseitige Lippen-Gaumenspalten 12, einseitige Lippen-Kiefer-Gaumenspalten 226, doppelseitige Lippenspalten mit einseitiger Kiefer-Gaumenspalte 32, doppelseitige Lippen-Kiefer-Gaumenspalten 83. Das männliche Geschlecht überwog mit 63,4% beträchtlich über das weibliche. Von 420 einseitigen Spaltbildungen waren 291 linksseitig, 129 rechtsseitig. Es sind also die linksseitigen Hasenscharten mehr als doppelt so häufig wie die rechtsseitigen. 135 waren doppelseitig. Die komplizierten Hasenscharten waren mehr als doppelt so häufig wie die nicht komplizierten.

20mal, d. i. in 3,6% der Fälle, waren neben der Hasenscharte noch anderweitige Mißbildungen vorhanden, nämlich 3mal Angiome, 2mal Phimosen, 1mal Cystocele funiculi spermatici, 1mal Hernia inguinalis, 3mal Hernia umbilicalis, je 1mal Hypospadie, Kolobom der Iris, Hydrocephalus, Meningokele, Microphthalmus duplex und Pes varus duplex, 2mal Lingua bifida, 1mal Polydaktylie, 1mal Fehlen des rechten Radius und Daumens mit Klumphand und Syndaktylie an den Zehen.

Häufig war die Hasenscharte hereditär, 3mal hatte der Vater, 6mal die Mutter eine Hasenscharte, 1mal Mutter und Großmutter, 3mal ein Bruder des Vaters, 1mal zwei Vettern des Vaters, 3mal eine Schwester der Mutter, 1mal zwei Schwestern, 4mal ein Bruder der Mutter, 1mal ein Onkel der Mutter und zwei Kinder desselben, 1mal ein Kind des Großvaters. 32mal waren 2 Kinder derselben Eltern betroffen, 1mal 3, 3mal 4 Kinder.

Anschließend werden drei Fälle von Gesichtsspalte und zwei von medianer Lippenspalte mitgeteilt. **M. v. Brunn** (Tübingen).

28) **A. Hartmann.** Der Mandelquetscher.

(Med. Klinik 1905. Nr. 2.)

Der im Medizinischen Warenhaus-Berlin angefertigte Mandelquetscher (Abbildung) ist ein langer Griff mit endständiger Metallkugel und dient, durch Druck auf den vorderen Gaumenbogen, aber auch von der Medianfläche, von unten und oben und auch von hinten her, zum Ausquetschen der in den Mandelbuchten sich stauenden und durch Zersetzung und Toxinbildung schädlich wirkenden eitrig-serösen Flüssigkeiten und käsig-krümeligen Pfröpfe. Die Rachenmandel wird mit einem ähnlichen, besonders dafür angefertigten Rachenmandelquetscher bearbeitet.
G. Schmidt (Berlin).

29) **C. Leegaard.** Perforierende Stichwunde des Rückens.

(Norsk Magazin for Laegevidenskaben Jahrg. LXIV. p. 705.)

In der Form einer klinischen Vorlesung teilt Verf. einen Fall mit von penetrierender Stichwunde des Rückenmarkes zwischen dem 11. und 12. Dorsalwirbel, etwa 1 cm rechts von der Mittellinie. 3 Monate vor der Demonstration des Pat. hatte dieser einen Messerstich von hinten bekommen; die Blutung war unerheblich, und die Heilung folgte anstandslos. Die Lähmung war fast vollständig in den beiden Beinen; die Gefühllosigkeit war vollständig im linken, etwas geringer im rechten Beine; die Reflexe waren beiderseits verschwunden. Nach Verlauf von 10 Tagen verschwand die Lähmung, und die Anästhesie lokalisierte sich so wie sie später geblieben ist; sie war vollständig im linken Bein bis dicht unter die Inguinal-Glutealfurche, weniger vollständig im rechten Unterschenkel; über ihr bestand eine hyperästhetische Zone von etwa Handbreite dicht über dem rechten Knie.

Der Gang ist ziemlich gut, das linke Bein wird etwas geschleppt, deutliche Herabsetzung der Kraft sämtlicher Muskeln linkerseits. Keine Atrophie.

Die Schädigung entspricht einer oberflächlichen Inzision des Rückenmarkes in der linken Seite des Segmentes L 3.

Der Fall wird vom Verf. besonders benutzt zur Sicherstellung der lokalen Diagnose, wie das für chirurgische Eingriffe unentbehrlich ist, wenn es sich um Rückenmarksgeschwülste handelt, von welchen Verf. einleitungsweise ein Beispiel erwähnt und abbildet. **Hansson** (Cimbrishamn).

30) **F. Engelmann.** Akute Kompression der Cauda equina durch ein Projektil. Operation. Heilung. (Aus der chirurg. Abteilung des städt. Krankenhauses in Dortmund.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 51.)

Die Cauda equina war in der Höhe zwischen 5. Lenden- und 1. Kreuzbeinwirbel komprimiert und verletzt, wodurch heftige Schmerzen in der Sakralgegend, Inkontinenz des Urins, später Ischurie, Verstopfung, Hyp- und Parästhesien der Damm- und Aftergegend hervorgerufen wurden. Die Entfernung des Geschosses brachte bald Nachlaß der Schmerzen; die Stuhl- und Urinentleerung blieb noch längere Zeit erschwert, die Sensibilitätsstörungen gingen zum Teil zurück. Rasche Wundheilung.

Ähnliche Fälle aus der Literatur werden besprochen und der Symptomenkomplex der Caudaerkrankungen festgelegt. **Kramer** (Glogau).

31) **Beduschi e Bossi.** Considerazioni sopra un caso di cifosi traumatica.

(Arch. di ortopedia 1904. Nr. 5.)

18jähriger Mann fällt vier Stockwerke hoch; neben Hirnerschütterung und Vorderarmbruch Kontusion des Rückens, Schmerz am 7. und 8. Rückenwirbel, geringe seitliche Abweichung des Dornfortsatzes ohne abnorme Beweglichkeit. Blasen-Mastdarmlähmung, Lähmung des rechten Beines. Die Lähmungserscheinungen schwinden. Erst nach 1/4 Jahre beginnt sich eine bedeutende Kyphose der Brustwirbelsäule zu entwickeln mit der Spitze am 8. Wirbel. Anästhesie der linken Bauchhälfte und des linken Beines.

Die Autoren diagnostizieren eine Spondylitis traumatica nach Kümmell und schließen sich der Erklärung bezüglich der Ätiologie dieser Erkrankung an, welche eine Osteomalakie infolge nervösen Einflusses annimmt, wofür die gleichzeitige Halbseitenlähmung spricht. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

32) **Madelung.** Über Struma accessoria vera retrovisceralis.

(Straßburger med. Zeitung 1904. Hft. 10.)

Bei einem 20jährigen, blassen Mädchen, das seit dem 10. Lebensjahre an Kropf und leichten Atembeschwerden litt, verschlimmerte sich 6 Wochen vor der Aufnahme in die Klinik ihr Zustand auffällig — Heiserkeit, Atemnot, überlautes Schnarchen, erschwertes Schlucken. Thyreoidingebrauch verschlechterte das Befinden. An der Schilddrüse ließ sich nur eine mäßige Vergrößerung des Mittellappens feststellen, die Seitenhörner waren nicht zu fühlen. Der Hals war im sagittalen Durchmesser auffallend verbreitert. Vom Mund aus wurde an der hinteren Rachenwand eine weiche, von normaler Schleimhaut überzogene Geschwulst festgestellt. Es wurde die Tracheotomia inferior gemacht, darauf von einem Schnitt am vorderen Rande des linken Kopfnickers aus die über gänseeigroße Kropfgeschwulst entfernt. Sie hing nirgends mit der Hauptdrüse zusammen und erwies sich als eine mit kolloidalen Massen gefüllte Cyste, an deren unterem Pole sich wenig entartetes Schilddrüsengewebe vorfand. Reaktionslose Heilung. **Müller** (Dresden).

33) **O. Bickel.** Beitrag zur Diagnose und Therapie der Ösophagusdivertikel.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 650.)

Im allgemeinen Krankenhause zu Hamburg-Eppendorf gelang es, einen 54jährigen Landmann, der seit 6—8 Jahren an einem Speiseröhrendivertikel litt, durch Operation davon zu befreien, nachdem das Röntgenbild des wismutgefüllten Sackes eine sehr genaue Diagnose über Lage, Form und Größe gestattet hatte. Das Divertikel erstreckte sich vom 6. Halswirbel bis zur Höhe der 3. Rippe, maß 10 cm in der Länge und 5,5 cm in der Breite und faßte 150 ccm.

M. v. Brunn (Tübingen).

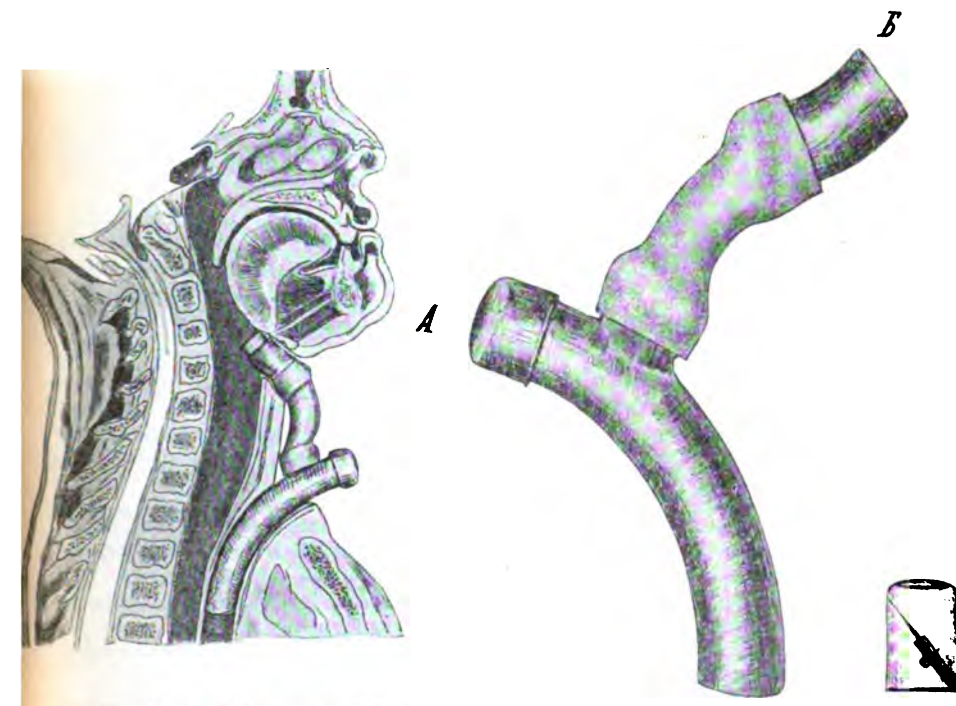
34) **J. C. Muir.** The intravenous injection of antitoxin in diphtheria.
(Lancet 1904. Dezember 24.)

Verf. glaubt auf Grund von 45, zum Teil besonders schweren Diphtheriefällen, bei denen das Antitoxin intravenös gegeben wurde, günstig über diese Applikationsweise urteilen zu müssen. Die Toxämie schien schneller, als bei der subkutanen Anwendung, zu weichen. Die Krankengeschichten sind ausführlich mitgeteilt.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

35) **P. J. Diakonow** (Moskau). Ein neuer Apparat zum Ersatze des exstirpierten Kehlkopfes.
(Arbeiten aus Prof. Diakonow's Klinik Bd. V. Beilage zur »Chirurgie« 1904. Nr. 96.)

Obgleich die Kehlkopfexstirpation den Ruf einer exquisit schweren, nicht für alle Chirurgen zugänglichen Operation schon lange verloren hat, so wird sie dennoch zu den entstellenden Operationen gerechnet. Es leiden nämlich bei der Kehlkopfexstirpation zwei recht wichtige Funktionen — das Schlingen und die Sprache. Alle bis jetzt existierende Apparate ersetzen diese Funktionen nur recht mangelhaft. Bisher habe ich mich gewöhnlich des künstlichen Kehlkopfes von Wolff bedient, ohne aber von ihm recht befriedigt zu sein. Die ihm anhaftenden Mängel haben mich bewogen, einen neuen Apparat herstellen zu lassen, der imstande wäre, obige beide Funktionen möglichst vollkommen herzustellen.



Die Konstruktion meines künstlichen Kehlkopfes ist aus den beigegebenen Abbildungen 1 u. 2 ersichtlich. Er besteht aus zwei silbernen Kanülen (für die Luftröhre und für den Rachen), die durch eine Gummiröhre verbunden sind; infolgedessen sind beide Teile des Apparates gegeneinander beweglich, und bei den Bewegungen des Kopfes macht die Rachenkanüle dieselben mit, während die Trachealkanüle ruhig liegen bleibt, was bei der Wolff'schen Kanüle nicht der Fall ist. Die Trachealkanüle hat an ihrem oberen Rande zwei Öffnungen; davon dient

die eine zum Aufsetzen des Gummirohres, die andere (*A*) wird durch einen silbernen Deckel verschlossen. Der Apparat, an Ort und Stelle gebracht, wie es auf der Zeichnung 2 abgebildet ist, braucht nicht durch ein Halsband festgehalten zu werden, worin ich auch einen Vorteil vor den anderen künstlichen Kehlköpfen sehe. Dank der Elastizität der Gummiröhre wird die eine Kanüle nach oben, die andere nach unten gepreßt, und der ganze Apparat sitzt fest. Sobald der Apparat eingesetzt ist, kann Pat. durch Mund und Nase atmen, rauchen usw., kann auch ganz vernehmbar zischelnd sprechen. Will er essen, so nimmt er die Rachenkanüle heraus (die Trachealkanüle bleibt an ihrem Orte), nimmt den Deckel von der Öffnung »*A*« ab, setzt ihn auf die obere Öffnung der Rachenkanüle (»*B*«) und führt letztere, die jetzt verschlossen ist, wieder ein. Da die Öffnungen *A* und *B* ganz gleich sind, so paßt der Deckel auf beide. Nun kann der Kranke essen und trinken; die Speise kommt nicht in die Kanüle, kann auch nicht neben ihr durchsickern, da die Öffnung in den Weichtheilen durch die Umrandung der Gummiröhre dicht verschlossen wird. Das Atmen geschieht während des Essens durch die Öffnung »*A*«. Die ganze Anpassung zum Essen, die darin besteht, daß der Deckel von der einen Öffnung auf die andere gesetzt wird, ist viel einfacher, als bei allen anderen Apparaten.

Im Grunde genommen kann sich der Pat. mit diesen Teilen des Apparates begnügen: er kann damit essen, trinken, regelrecht atmen und sprechen; es fehlt ihm nur die laute Sprache, was eigentlich schon ein Luxus ist, den zu entbehren die meisten Kranken mit Kehlkopfkrebs schon lange gewöhnt sind. Doch gibt mein Apparat auch die Möglichkeit laut zu sprechen. Zu diesem Zwecke wird in die obere Öffnung der Rachenkanüle ein Phonationsapparat eingesetzt, während die Öffnung »*A*« durch einen anderen Deckel verschlossen wird. Letzterer ist mit einem einfachen klappenartigen Ventil versehen, das durch den Inspirationsstrom geöffnet, durch den Exspirationsstrom verschlossen wird. Der Phonationsapparat selbst (auf der Zeichnung — »*B*« abgebildet) besteht aus einer Röhre mit einem Gummiplättchen, das, durch den Luftstrom in Schwingung gebracht, den Ton verursacht.

Man braucht nur meinen künstlichen Kehlkopf mit allen anderen zu vergleichen, um sich zu überzeugen, daß er mit nicht geringerer Leistungsfähigkeit, was Ersatz von Schluckakt und Stimme betrifft, eine viel größere Einfachheit in Konstruktion und Gebrauch verbindet, womit auch sein viel geringerer Preis im Zusammenhange steht. Der Apparat ist von der Firma Schwabe in Moskau zu beziehen, kann aber auch von einem gewöhnlichen Schlosser oder Silberarbeiter hergestellt werden, mit Ausnahme des Phonationsapparates, der, wie gesagt, zu entbehren ist.

(Selbstbericht.)

36) v. Hacker. Über die Behandlung der Narbenstrikturen der Luftröhre und die Mangoldt'sche Laryngo-Tracheoplastik.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 764.)

Bei einem 5jährigen Knaben hatte sich nach einer vom Schildknorpel bis zum zweiten Trachealringe reichenden Tracheotomie, die zur Extraktion eines Fremdkörpers (Metallschließe eines Musterkuverts) vorgenommen worden war, eine Trachealstenose ausgebildet. Eine Resektion der stenosierenden Partie mit Plastik unter Mobilisierung der Luftröhre und Verwendung ihrer eigenen Wandreste hatte infolge Durchschneidens der Nähte keinen Erfolg. Wegen der wiederkehrenden Stenose mußte wieder eine Kanüle eingelegt werden. Schließlich gelang es v. H., den besonders die vordere Luftröhrenwand betreffenden Defekt durch eine Chondroplastik nach Mangoldt zum Verschluß zu bringen und völlige Heilung herbeizuführen. Die Mangoldt'sche Plastik, welche Verf. warm empfiehlt, besteht in der Einheilung eines Knorpelstückes (Rippenknorpel) unter die Haut seitlich vom Defekt, in der Umhüllung dieses Knorpelstückes mit Haut auch auf seiner Unterseite, in der Abpräparierung dieses Doppellappens und Einnähung in die Lücke, endlich in der Durchtrennung der Ernährungsbrücke nach der Einheilung.

M. v. Brunn (Tübingen).

37) **Heydenreich.** Ein bronchoskopischer Fremdkörperfall.
(Deutsche med. Wochenschrift 1904. Nr. 47.)

Ein 6jähriges Kind hatte vor 14 Tagen eine Glasperle verschluckt. Die Bronchoskopie ließ dieselbe in der Luftröhre erkennen. Da eine Extraktion wegen der Enge des Bronchoskops unmöglich erschien, sollte ein größeres Instrument eingeführt werden. Nach Herausnahme des ersten Bronchoskops wurde die Perle aber ausgehustet. Am nächsten Tage wurde wegen Erstickungsgefahr die Tracheotomie nötig. **Borchard** (Posen).

38) **G. Richter.** Ein Beitrag zur Kenntnis der Lungenrupturen.
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 140.)

Ein 11jähriger Knabe erlitt eine Überfahrung der Brust und wurde nach einigen Schritten ohnmächtig. Blutung aus der Nase, Erbrechen von Blut, kein Bluthusten. Nach 2 Tagen leichte Temperatursteigerung, trockener Husten. Drei Querfinger hohe Dämpfung, Hämopneumothorax links. Kein Rippenbruch. Bei der Thorakotomie fand sich eine Zerreißung des linken Oberlappens. Der 7 cm lange, 1—3 cm weit klaffende Riß wurde genäht, doch starb Pat. kurze Zeit nach der Operation. — Die Arbeit enthält außerdem eine ausführliche Zusammenstellung der Literatur. **M. v. Brunn** (Tübingen).

39) **K. Büdinger.** Über Lungensequester.
(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 42.)

In dem von B. mitgeteilten Falle war dem Pat. vor längerer Zeit eine Kornähre in den Bronchus der einen Lunge eingedrungen, ohne zunächst schwere Erscheinungen zu setzen. Sie rief allmählich eine eitrige Entzündung hervor, die sich mehr und mehr der vorderen und unteren Oberfläche des Mittellappens näherte, die Pleura in Mitleidenschaft zog und ein umschriebenes Empyem veranlaßte. Ganz plötzlich traten Symptome einer sehr großen Kaverne mit nicht nachgiebiger Wand auf, ohne daß die Expektoration anhaltend besonders reichlich und charakteristisch wurde. Bei der Operation — Resektion der 3. Rippe — wurde nach Durchtrennung einer dicken graugelben Schwarte eine große Eiterhöhle eröffnet und ein mannsfaustgroßer Lungensequester entfernt; in die Höhle mündete ein sehr weiter Bronchus und eine Anzahl kleinerer Bronchialäste. Der Sequester enthielt die 4 cm lange Kornähre. Langsame Heilung.

Als Möglichkeiten für die Entstehung von Lungensequestern führt B. an: 1) Die Pneumonia dissecans; 2) intrapulmonale Abszesse, a. bei besonderer Ausbreitungsart der Eiterung, b. bei eitriger Einschmelzung der peripheren Teile eines pneumonischen Herdes, besonders infolge septischer Embolie, c. bei multiplen kleinen Abszessen, wenn eine relative Widerstandsfähigkeit der Bronchialäste und anhängenden Läppchen gegen die eitrige Einschmelzung besteht; 3) Kombination eines die Randpartien der Lunge isolierenden Abszesses mit Empyem, die im vorliegenden Falle bestand. **Kramer** (Glogau).

40) **Parisot.** Plaies du coeur.
(Revue méd. de l'Est 1904. Oktober 1.)

Studie über Herzwunden vom Standpunkte der gerichtlichen Medizin. In den fünf von P. beobachteten Fällen von Stichverletzung des Herzens lebten drei Pat. noch 10, 20, bezw. 60 Minuten. Bei dem Pat., welcher noch 20 Minuten lebte, bestand die Verletzung in einer isolierten Durchtrennung der A. coronaria anterior, während der Ventrikel nicht eröffnet war. Von den Folgen einer derartigen Verletzung hat die sog. Herztamponade die größte Bedeutung. Aus den wenigen bekannten Fällen geht hervor, daß die Verletzung der A. coronaria bisweilen sofort tödlich ist, während andererseits der Verletzte noch mehrere Tage leben kann. Das hängt erstens davon ab, ob sich rasch ein Blutgerinnsel bilden kann, welches die Arterie verstopft, und zweitens auch von der Lage der Wunde; je peripherer die Verletzung der Arterie ist, um so ungefährlicher ist sie.

Mohr (Bielefeld).

41) **Williams.** Penetrating wounds of the chest, perforating the diaphragm and involving the abdominal viscera.

(Annals of surgery 1904. November.)

Bei Brustwunden, welche unterhalb der 6. Rippe sitzen, muß an Verletzung des Zwerchfelles und der Baucheingeweide gedacht werden. Nach W. soll man in Fällen, welche eine derartige Verletzung vermuten lassen, die Wunde erweitern und eine bis zwei Rippen resezieren, um in die Tiefe sehen zu können. Drei Fälle derartiger Verletzungen werden beschrieben. Im ersten Falle handelte es sich um eine Wunde im 8. Zwischenrippenraum mit Verletzung des Zwerchfelles und eines Harnleiters. Naht des Zwerchfelles nach Resektion eines Stückes aus der 7. und 8. Rippe, dann Laparotomie zur Besichtigung der Bauchhöhle, endlich Lendenschnitt und Nierenexstirpation. Heilung.

Im zweiten Falle lag eine Stichverletzung des 8. Zwischenrippenraumes vor. Naht des Zwerchfelles und Verlängerung des Schnittes nach unten für die Laparotomie. Naht der verletzten Milz. Heilung.

Der dritte Fall war ähnlich dem zweiten, doch wurde hier bei der Laparotomie keine Verletzung der Baucheingeweide angetroffen. **Herhold** (Altona).

42) **H. Künzel.** Eitrige Peritonitis im Anschluß an akute Tonsillitis. (Aus der Prosektur des Krankenhauses r. d. I. zu München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 43.)

Für die Entstehung der Peritonitis bei der sterbend ins Krankenhaus eingelieferten 18jährigen Pat. konnte durch die Sektion keine andere Ursache als eine beiderseitige akute Tonsillitis nachgewiesen werden. Hierfür sprach auch die Übereinstimmung des bakteriologischen Befundes (Streptokokkus pyog.) im peritonitischen Exsudat und in den Mandeln; die von den übrigen in Betracht kommenden Organen angelegten Kulturen wiesen keine Streptokokken auf.

Kramer (Glogau).

43) **Hancock.** Appendix vermiformis concealed in the postcaecal retroperitoneal space.

(Annals of surgery 1904. November.)

Als bei einem 25jährigen Manne wegen Appendicitis die Bauchhöhle eröffnet war, wurde der Wurmfortsatz zunächst nicht gesehen und erst gefunden, nachdem das untere Ende des Blinddarmes mit Fingern emporgehoben und das visceroparietale Bauchfellblatt gespalten war. Der Wurmfortsatz hatte keinen peritonealen Überzug, er war blaß und dünn, seine Schleimhaut im Zustande chronischen Katarrhs. Verf. glaubt, daß es sich um eine angeborene Anomalie handelte, und daß eine extraperitoneale Operation genügt haben würde, wenn man die Diagnose hätte stellen können. **Herhold** (Altona).

44) **M. A. Wassiljew.** Appendicitis in männlichen Leistenbrüchen.

(Russ. Archiv f. Chirurgie 1904. [Russisch.])

Der 53jährige Mann hatte seit 18 Jahren einen rechtsseitigen Leistenbruch und trug ein Bruchband, das er in letzter Zeit abgelegt hatte. Vor 3 Monaten hatte er bei heftigem Drängen Schmerzen rechts unten und die Empfindung, als träte etwas aus dem Leib in den Hodensack. Infolge von Repositionsversuchen begann die Geschwulst im Hodensacke zu schwellen, nahm jedoch nach einigen Tagen wieder ab und blieb schmerzlos.

Bei der Untersuchung fand sich eine gänseeigroße, glatte, sehr harte Geschwulst, die sich vom Hoden abgrenzen ließ. Der Samenstrang war nicht zu fühlen, es wurde daher eine von ihm ausgehende Neubildung angenommen.

Operation in Äthernarkose (1903): Man gelangte sogleich in einen Bruchsack und auf den Wurmfortsatz, der mit der Geschwulst verwachsen war, die ihrerseits rings am Bruchsack adhärierte. Zog man an der Geschwulst, so erschien der Blind-

darm in der Bruchpforte. Der Wurmfortsatz wurde mit dem Gesamtinhalte der rechten Hodensackhälfte entfernt. Heilung.

Die Geschwulst bestand aus Granulations- und narbigem Bindegewebe, in das zahlreiche Abszesse eingebettet waren, die mit zwei Perforationen des Wurmfortsatzes kommunizierten, der seinerseits ebenfalls zum Teil in die Geschwulst einbegriffen war. Von Tuberkeln oder Riesenzellen ließ sich nichts nachweisen.

V. E. Mertens (Breslau).

45) Cluss. Die Bruchoperationen und deren Dauerresultate von 1896 bis 1903.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 503.)

Im städtischen Hospitale zu Schwäbisch Gmünd wurden in dem genannten Zeitraum 78 freie und 24 eingeklemmte Leistenbrüche, 11 freie und 23 eingeklemmte Schenkelbrüche, 3 freie und 3 eingeklemmte Nabelbrüche und 17 Bauchbrüche operiert. Bei der Operation der Leistenbrüche wurde die Bassini'sche Methode vorwiegend angewendet. Ein Pat., ein unruhiger Geisteskranker, starb nach Netzresektion infolge einer Blutung in die Bauchhöhle. Von Störungen der Wundheilung wurden 3mal Nahteiterungen, 5mal kleine Abszesse, 11mal völlige secunda intentio beobachtet.

97,20% der Pat. mit freien Brüchen wurden einer persönlichen Nachuntersuchung unterzogen, bei denen die Operation mindestens 1 Jahr zurücklag. Es fanden sich 7 Rezidive von Leistenbrüchen, 1 Rezidiv eines Schenkelbruches. 5 von diesen 8 Pat. hatten an doppelseitigen Hernien gelitten, 6mal war die Heilung erst per secundam erfolgt. Unter den 47 eingeklemmten Leisten- und Schenkelbrüche wurden 26mal der Bruchinhalt reponiert, 6mal eine Resektion des Netzes, 3mal eine Abtragung des Wurmfortsatzes, 6mal primäre Darmresektion, 2mal die Verlagerung des Darmes, 3mal die Abtragung eines leeren Bruchsackes ausgeführt; 1mal war bereits eine diffuse Peritonitis vorhanden. Es starben insgesamt 7 Pat., davon 4 an Darmbrand und Peritonitis, 1 an Sepsis, 2 an Herzschwäche. 6mal, bei 2 Leisten- und 4 Schenkelbrüchen, kam es zu Rezidiven.

Die 6 Nabelbrüche betrafen 1 Kind von 8 Jahren und 5 Erwachsene. Das Kind starb nach Operation eines nicht eingeklemmten Bruches am Operationstage, ohne daß die Sektion die Ursache dafür aufdeckte. Von den 3 eingeklemmten Nabelbrüchen führte der eines 53jährigen Mannes mit fettiger Entartung des Herzmuskels, Dilatation des Herzens, Granularatrophie beider Nieren, Stauungsmilz und Fettleber zum Tode während der Operation. Die Einklemmung hatte 24 Stunden bestanden. Von den 4 Geheilten bekam 1 ein Rezidiv.

Unter den 17 Bauchhernien befindet sich eine ausgesprochene traumatische Hernie der rechten Unterbauchgegend nach Stoß durch eine Wagendeichsel. Gleichzeitig war es zu Mesenterialzerreißungen und Darmruptur gekommen. Obgleich am Tage nach der Verletzung das beschädigte Darmstück reseziert wurde und kein stärkerer Ausfluß von Darminhalt in die Bauchhöhle erfolgt war, starb der 69jährige Mann am Abend des Operationstages. Im übrigen verteilen sich die Bauchhernien auf 9 Bauchnarbenbrüche, 5 epigastrische und 2 Parumbilikalhernien.

M. v. Brunn (Tübingen).

46) Hilgenreiner. Zur Kasuistik der Hernia bursae omentalis. Ein Fall von Hernia intraepiploica incarcerata.

(Prager med. Wochenschrift 1903. Nr. 43—45.)

Unter Hernia intraepiploica ist nach Verf. streng genommen nur ein Bruch zu verstehen, bei dem der Bruchinhalt im großen Netzbeutel liegt, also von den beiden Platten des großen Netzes umschlossen wird. Den einzigen natürlichen Zugang zu ihm bildet der Weg durch das Foramen Winslowii und die Bursa omentalis minor. Abnorme Verbindungen zwischen ihm und der großen Bauchhöhle können ferner durch Lochbildungen a) am Lig. hepato-gastricum, b) gastro-colicum, c) Omentum majus und d) im Mesocolon transversum entstehen. Voraussetzung

für das Zustandekommen der Hernia intraepiploica ist, daß die Bursa omentalis major noch nicht verödet ist.

H. hatte nun Gelegenheit, in der Klinik Wölfler's einen zu c) gehörigen Fall mit glücklichem Ausgang am 7. Tage nach Beginn der Einklemmungserscheinungen zu operieren. Die abnorme Öffnung des großen Netzbeutels lag in seinem hinteren Blatte, nahe der Umschlagsstelle in das vordere Blatt. Der Bauch war besonders unterhalb des Nabels bedeutend vorgewölbt und gespannt, und deutliche Darmsteifung zu beobachten. Nach Eröffnung der Bauchhöhle stellte sich ein mehr als mannskopfgroßer, leicht verschieblicher und vor die Bauchwunde zu wälzender Peritonealsack ein, welcher fast den ganzen Dünndarm einschloß. Nach Spaltung der etwa für drei Finger durchgängigen, ringförmigen Bruchpforte und Reposition des Darmes zeigte sich der Bruchsack als eine vom Colon transversum schlaff herabhängende Tasche, die gegen die Bursa omentalis minor abgeschlossen war.

Wie aus der übersichtlichen Darstellung der anatomischen Verhältnisse hervorgeht, dürfen diejenigen Brüche, bei welchen in das zu einem Trichter aufgerollte Netz Darmschlingen eingelagert sind, oder — wie häufig in Leistenbrüchen — ein die Darmschlingen einhüllender Netzsack gefunden wird, nicht zur Hernia intraepiploica gerechnet werden. Verf. bringt für jene die recht passende Bezeichnung Hernia interepiploica in Vorschlag. **Gutzeit** (Neidenburg).

47) Theile. Über Angiome und sarkomatöse Angiome der Milz.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXVIII. p. 297.)

Bei ca. 900 Sektionen, die in 4 Jahren in dem unter Leitung von Lubarsch stehenden pathologisch-anatomischen Institute zu Posen ausgeführt wurden, gelangten vier Fälle von Milzangiomen bezw. sarkomatösen Milzangiomen zur Beobachtung. Bei drei dieser Pat., die an anderen Krankheiten gestorben waren, handelte es sich um Angiome der Milz, die während des Lebens keine Erscheinungen gemacht hatten. Bezüglich dieser Fälle wird auf das Original verwiesen.

Der vierte Fall erregt klinisches Interesse, weil hier die Milz exstirpiert wurde. Es handelte sich um einen 56jährigen Pat., der, sonst stets gesund, seit ca. 6 Monaten an Schwäche in den Gliedern, Druckerscheinungen im Bauch und einer Anschwellung des Leibes, ohne besondere Schmerzen, litt. Brustorgane waren ohne Besonderheit. Im Bauche fühlte man eine unter dem linken Rippenbogen hervorkommende Geschwulst, die die Milzform wahrte und auch den Milzrand deutlich erkennen ließ. Die Milzdämpfung reichte nach oben in der mittleren Axillarlinie bis zur 6. Rippe. Die übrigen Organe waren gesund. Blutuntersuchung: ziemlich starke Hyperleukocytose (1 : 350), besonders jedoch die polynukleären Blutzellen betreffend. Laparotomie (Prof. Jaffé). Die Exstirpation der kolossal vergrößerten Milz gelingt leicht, nur die Vorwälzung der Geschwulst war schwierig. Diese war äußerst blutreich, sie wog nach der Exstirpation 2500 g. Der Kranke starb einen Tag danach an einer Nachblutung, die man durch Tamponade vergeblich zu stillen versucht hatte. Die mikroskopische Untersuchung der Milz ergab, daß es sich in der Hauptsache um eine Gefäßneubildung (Hämangiom) handelte, die in einigen Abschnitten rein kavernös war. Andere Teile zeigten deutlichen sarkomatösen Aufbau, und zwar vom Charakter des reinen Spindelzellensarkoms. An den Übergangsstellen zwischen Angiom- und Sarkompartien machte sich zunächst eine deutliche Zunahme an Spindelzellen im Zwischengewebe bemerkbar. Die Neubildung hatte Metastasen in Leber, Lunge und Magen gebildet, die vorherrschend angiomatösen Bau zeigten, ebenso wie die primäre Milzgeschwulst, während die sarkomatösen Partien in den Hintergrund treten. Die sehr ausführliche histologische Beschreibung und die Bemerkungen über den Entstehungsmodus derartiger Geschwülste gehen über den Rahmen eines Referates hinaus; sie müssen ebenso wie die Literaturangaben im Original nachgelesen werden.

Doering (Göttingen).

48) **J. Heyrovsky.** Der Influenzabazillus als Erreger der Cholecystitis.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 23.)

Im blutig gefärbten Eiter, der aus einer in der II. chirurg. Klinik operativ behandelten Cholecystitis stammte, konnte H. mikroskopisch und kulturell in Reinkultur echte Pfeiffer'sche Influenzabazillen im Weichselbaum'schen Institute nachweisen.

Bisher ist eine derartige Lokalisation des Influenzabazillus noch nicht beschrieben. **Hübener** (Dresden).

49) **F. Fink** (Karlsbad). Choledochusverschluß durch primäre Anlagen (Gallenschlamm). Cholagoge Wirkung des Karlsbader Thermalwassers.

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 47.)

Bei dem bereits vor $1^1/_2$ Jahr am Gallensystem operierten Pat., der eine Gallenfistel zurückbehalten hatte, traten in Karlsbad nach 5wöchigem Kurgebrauch erneut Erscheinungen schweren Choledochusverschlusses auf, die, wie die Operation durch F. ergab, nicht, wie vor dem ersten operativen Eingriff, durch feste Konkremente, sondern durch aus der Gallenblase stammenden Gallenschlamm bedingt waren. Letzterer wurde entfernt, der große Wanddefekt im Choledochus durch eine Plastik (Heranziehung des leber- und darmwärts gelegenen Choledochusabschnittes und von der Schleimhautseite des Choledochus aus an der hinteren und medialen Wand angelegte zirkuläre Naht) zum Verschluß gebracht. Nachbehandlung mit Spülungen durch einen in den Choledochus eingeführten Katheter und mit großen Dosen Karlsbader Wassers; vollständige Heilung.

F. weist auf seine Erfahrung hin, daß der Befund von Steinabgang nicht allein das Bestimmende für die Diagnose Cholelithiasis ist, sondern daß Gallensteinsymptome viel häufiger durch primäre Anlagen (Gallenschlamm) hervorgerufen werden, welche bei frühzeitiger Anwendung einer Kur in Karlsbad günstige Bedingungen für die Fortschaffung und die vollständige Beseitigung des Leidens vorfinden. Das Karlsbader Wasser habe zweifellos eine gallenvermehrende und die Galle und Gallengänge reinigende Wirkung. **Kramer** (Glogau).

50) **E. Friedheim.** Über primären Krebs der Leber, Gallengänge und Gallenblase.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 188.)

Aus dem allgemeinen Krankenhause zu Hamburg-Eppendorf teilt F. 25 Fälle von primärem Karzinom der Gallenblase und der größeren Gallengänge mit, die dort im Laufe von $8^3/_4$ Jahren zur Beobachtung kamen. 3mal gelang es, durch Exstirpation der Gallenblase Heilung zu erzielen, die $5^1/_2$ und $3^1/_4$ Jahre bezw. $2^1/_2$ Monate besteht.

Von primärem Karzinom der Leber wird 1 Fall berichtet, Karzinome des Ductus choledochus sind 2 Fälle, Karzinome der Gallenblase 22 Fälle. Unter diesen letzteren wurde 3mal kein chirurgischer Eingriff vorgenommen, 7mal eine Probelaparotomie ausgeführt, 4mal eine palliative Operation, 5mal eine unvollkommene und 3mal eine vollkommene Exstirpation. **M. v. Brunn** (Tübingen).

51) **W. Oettinger.** Beitrag zur Talma'schen Operation.

Inaug.-Diss., Breslau, 1904.

In der v. Mikulicz'schen Klinik sind 3 Fälle behandelt, 2 gestorben, 1 Fall gebessert. Verf. sichtet das literarische Material nach den Gesichtspunkten, ob der Ascites völlig unverändert, oder geringer bezw. langsamer, oder schließlich gar nicht mehr wiedergekommen ist. Er konnte 169 Fälle für diese Statistik verwerten. In 48 Fällen (28,4%) wurde der Ascites nicht beeinflußt, in 35 (= 20,71%) gebessert und in 86 (= 50,89%) zum Schwinden gebracht. Danach nimmt Verf. an, daß

die Operation in der Tat imstande ist, eine Heilwirkung auf den Ascites auszuüben. Weiter berechnet Verf. statistisch aus der Literatur, daß die hypertrophische Cirrhose eine bessere Prognose für die Operation gibt, daß aber auch die atrophischen Cirrhosen keineswegs von der Operation ganz auszuschließen sind. Was die Technik betrifft, so wird die Drainage in der Breslauer Klinik verworfen, das Netz wird zwischen Peritoneum parietale und Bauchmuskulatur nach Abtrennung des ersteren angenäht.

Die Cholecystostomie ist neuerdings von einigen Operateuren ausgeführt worden. Sie soll zu empfehlen sein bei infektiöser hypertrophischer Cirrhose. Es ist aber über ihren Wert noch nichts zu sagen.

Die Gefahren der Operation sind die bekannten. Infolge Darmknickung ist auch einer der Fälle aus der Breslauer Klinik zugrunde gegangen, so daß der Prozentsatz der daran Gestorbenen jetzt 1,66 beträgt. — Die Notwendigkeit einer im wesentlichen kohlehydratreichen Nahrung nach der Operation ist von Schiassi u. a. betont worden. Punktion nach der Operation muß nach Bedarf wiederholt werden.

Wegen der Gefahren, die die Operation in sich birgt, wird man die innere Therapie erst genügend lange anwenden. Der Zeitpunkt nach der zweiten Punktion dürfte sich als der geeignetste empfehlen.

Kasuistik aus der Literatur und Literatur selbst werden am Schluß angeführt.

E. Moser (Zittau).

52) **M. Guillot et G. Courbet.** De l'omentopexie sushepatique (modification de l'opération de Talma).

(Gaz. des hôpitaux 1904. Nr. 119.)

Schon vor 2 Jahren hat G. geraten, die Talma'sche Operation dadurch zu verbessern, daß man das Netz zwischen Leberkonvexität und Zwerchfell heftet. Dadurch werde an das in der Leberkapsel gelegene weitmaschige Kapillarnetz der Leberarterie ein neues Gefäßgebiet angeschlossen, das zu gleicher Zeit das »funktionelle System« (der Pfortader) entlastet und das »nutritive System« (der Leberarterie) unterstützt.

Der erste nach diesen Gesichtspunkten operierte Fall ist der folgende:

Der 47jährige Pat. kam mit hochgradigem Ascites infolge Lebercirrhose zur Aufnahme; in 10 Wochen wurde er neunmal punktiert, wobei je 12—15 Liter entleert wurden. Operation am 26. Juli 1903; die Leber wurde heruntergezogen und das Netz mit drei Nähten an das Lig. falciforme geheftet, so daß es die Leber vom vorderen scharfen Rande bis weit nach hinten bedeckte. Außerdem wurde das Netz mit drei von den sechs Bauchdeckennähten gefaßt. Im Laufe der nächsten 4 Wochen wurde nach viermal punktiert, dann begann die Urinsekretion zu steigen — bis auf 4 Liter täglich. Entlassung am 20. September.

Ende Januar 1904 stellte Pat. sich ascitesfrei vor und erklärte, in 2 Monaten seine Arbeit wieder aufnehmen zu wollen. Die tägliche Urinmenge betrug jetzt $1^1/_2$ Liter.

V. E. Mertens (Breslau).

53) **A. Becker.** Isolierte Schußverletzung des Pankreas, durch Operation geheilt.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 748.)

Der aus der Müller'schen Klinik stammende Fall betrifft ein 26jähriges Mädchen, daß 1 Stunde nach einer Revolverschußverletzung zwischen 8. und 9. linken Rippenknorpel laparotomiert wurde. Es fand sich außer einem Streifschuß des Magengrundes ohne Eröffnung desselben nur ein 10pfennigstückgroßes Loch im Schwanzende des Pankreas. Naht und teilweise Tamponade. Die Pleura riß auf eine kleine Strecke ein und wurde ebenfalls genäht. Heilung. Die Durchtrennung des 7.—9. Rippenknorpels hatte den Zugang sehr erleichtert. Lange Zeit blieb eine Pankreasfistel bestehen. Noch am 94. Tage nach der Verletzung gelang es, Pankreasfermente im Fistelsekrete nachzuweisen. Nach 5 Monaten erst schloß sich die Fistel.

M. v. Brunn (Tübingen).

54) **E. Rochard.** Calcul du cholédoque ou cancer du pancréas.

(Gaz. des hôpitaux 1904. Nr. 139.)

Es gelang R., bei einem 67jährigen Manne ein Pankreaskarzinom zu diagnostizieren, trotzdem keine Geschwulst zu tasten war.

Pat. hatte vor 2 Monaten plötzlich auf Opium wieder schwindende Leibschmerzen gehabt. 2 Wochen später begann langsam zunehmender Ikterus mit typischem Stuhl und Urin. Die Farbe des Stuhles blieb stets gleich blaß. Gallensteinkoliken oder Schmerzen in der Gallenblasengegend fehlten. Trotzdem der schließlich cholämische Pat. stark abgemagert war, ließ sich weder die Gallenblase, noch eine Geschwulst fühlen. Es blieb nichts übrig, als eine den Choledochus komprimierende Neubildung des Pankreaskopfes anzunehmen.

Die Operation bestätigte diese Vermutung vollauf. (Die Gallenblase war übrigens stark gedehnt, aber durch Verwachsungen ganz unter die Leber verzogen.) Ein Gallenstein war nirgends zu finden. Die Gallenwege waren erweitert infolge Kompression des Choledochus an der Mündung in den Darm. Pat. starb 4 Stunden nach der Operation »per Chok«. **V. E. Mertens** (Breslau).

55) **S. Philips.** A case of fibroid disease of the pancreas with calculi, accompanied by jaundice and subsequently by diabetes; laparotomy; relief of symptoms; death.

(Transact. of the clin. soc. of London Bd. XVII. 1904.)

Die 26 Jahre alte Pat. erkrankte Weihnachten 1901 mit Schmerzen und Schwellungen in der rechten Regio hypochondriaca. Dazu trat nach 2 Monaten Gelbsucht mit Vergrößerung der Leber und Gallenblase. Eine Probelaparotomie stellte eine starke Vergrößerung des Pankreas, namentlich am Kopfe desselben, fest und führte wohl durch Entleerung der Gallenblase vorübergehend eine Besserung des Zustandes herbei. 2 Monate später enthielt der Urin zum ersten Male Zucker. Im Oktober 1902 trat der Ikterus zurück. Januar 1903 erfolgte der Tod. Die Sektion bestätigte den klinischen Befund und stellte außerdem Cysten und Steine im Pankreas fest. Die Ductus pancreatici erwiesen sich als stark erweitert, und die Langhans'schen Inseln waren von fibrösem Gewebe überwuchert und kaum noch erkennbar. **Dreyer** (Köln).

56) **Hanley.** Acute hemorrhagic pancreatitis.

(Buffalo med. journ. 1904. Dezember.)

50jährige Frau, welche früher mehrfach an Gastralgie mit Erbrechen litt. Bei dem jetzigen Anfalle schienen die Symptome auf eine akute, event. eitrige Cholecystitis hinzuweisen. Bei Eröffnung des Bauchfelles entleerte sich dunkle Flüssigkeit, das Netz war übersät mit Fettnekrosen, ebenso die kleine Kurvatur des Magens; die Bauchspeicheldrüse selbst war hämorrhagisch infiltriert. Die inzidierte Gallenblase enthielt teerähnliche Galle, keine Steine; Drainage derselben; Heilung. **Mohr** (Bielefeld).

57) **Prichard.** Case of mesenteric cyst.

(Bristol med.-chir. journ. 1903. Dezember.)

Die eigentlichen Gekröscysten sind sämtlich embryonalen Ursprunges. P. beobachtete einen Fall der seltenen Form, bei welcher die Cystenwand den Bau des Magen-Darmkanales zeigt. Diese Cysten entstehen wahrscheinlich aus ursprünglichen Divertikeln oder frühzeitig erfolgenden Abschnürungen der Darmanlage.

Der 15jährige Kranke hatte von jeher an anfallsweiser schmerzhafter Anschwellung des Unterleibes gelitten. Die augenblicklichen Erscheinungen wiesen auf eine ungewöhnliche Form zeitweiliger chronischer Darmverengerung hin: anfallsweise plötzliche Schwellung vom Umfang und der Form des Magens, jedoch unterhalb des Magens, nach einigen Minuten Rückgang unter Gurren. Bei der Operation fand sich eine sehr große Geschwulst, die den Darm vor sich herdrängte und genau einer Hernie des Magens zwischen den Schichten des Mesokolons glich; die Auslösung der verwachsenen Cyste war schwierig; ein Stiel wurde an der

Wirbelsäule gefunden. Heilung. Die papillomatöse Innenseite der Cystenwand sah der Darmschleimhaut ähnlich, und mikroskopisch stimmte die Struktur vollkommen mit der des Duodenum überein. **Mohr** (Bielefeld).

Bemerkung zu dem Aufsatze des Herrn Dr. Freudenberg: Ein neues Ureterencystoskop für den Katheterismus einer oder beider Ureteren.

Von

*Dr. **H. Lohnstein** in Berlin.*

In Nr. 51 des Jahrganges 1904 dieser Zeitschrift beschreibt Herr Kollege Freudenberg ein neues, nach seinen Angaben konstruiertes Ureterencystoskop, in welchem zwei neue Prinzipien verwertet worden sind. Das erste besteht darin, daß Lampe, Prisma (resp. Objektivlinse) und Austrittsöffnung für den Ureterkatheter an der hinteren, der Konvexität des Schnabels entsprechenden Seite des Schaftes angebracht sind. — Die Vorzüge dieser Kombination werden im Anschluß daran kurz erörtert. Daß diese Anordnung die Vorzüge besitzt, die Herr Freudenberg ihr vindiziert, ist unbestreitbar. Jedoch ist das bei derselben angewandte Konstruktionsprinzip keineswegs neu. Ich selbst habe gelegentlich eines Aufsatzes: Zur Technik der Cystoskopie, den ich vor nahezu 10 Jahren veröffentlichte, auf die Vorteile hingewiesen, welche diese Anordnung gelegentlich gewährt[1]. In diesem Aufsatze machte ich auf die Vorzüge aufmerksam, welche eine im Schafte des Cystoskops gelegene Lampe gegenüber der im Schnabel des Cystoskops befindlichen Lampe, wie sie Nitze empfiehlt, bietet. Einer dieser Vorzüge besteht, wie ich ausgeführt habe, in der Möglichkeit, die Form, Richtung und Winkelstellung des Schnabels zum Schafte des Instrumentes nach Bedarf zu variieren. — Am Schlusse heißt es wörtlich: »Endlich erhält man dadurch, daß man den Schnabel nach der anderen Richtung abbiegt, so daß er mehr oder weniger von der Lampe abgewandt steht, ein Instrument, in dessen Gesichtsfeld bei der Anfangsstellung des Schaftes der Blasenboden, die Urethralwülste usw. erscheinen, ohne daß man erst nötig hat, den Schaft hin und her zu drehen.« — Diese Spezialanordnung, die sich aus dem neuen von mir zuerst in die Cystoskopie eingeführten Prinzip der Schaftlampe ergab, findet sich in der angeführten Abhandlung besonders in einem Klichee abgebildet.

Cystoskope, welche nach diesem Prinzip konstruiert sind, werden nicht nur von mir, sondern von vielen anderen Kollegen seitdem gebraucht. Das neue Prinzip selbst, auf welchem ihre Konstruktion beruht, und die dadurch bedingte Möglichkeit, dem Schnabel jede beliebige Form, Richtung und Gestalt zu geben, ist insofern fruchtbringend geworden, als es bei drei später entstandenen Cystoskopen (dem Güterbokschen Spülcystoskop, dem Casper'schen Ureterencystoskop, sowie bei einem der Nitze'schen Ureterencystoskope) verwertet wurde. Ich selbst habe die oben erwähnte Lampe mehrfach nicht nur an einfache Cystoskope, sondern auch an Casper'sche Ureterencystoskope geschraubt angewandt, allerdings nicht geglaubt, diese an sich belanglose Tatsache noch besonders zu publizieren, besonders da Casper selbst gelegentlich seiner ersten Publikation auf diese Anordnung hingewiesen hatte. — Die Freudenberg'sche Anordnung ist somit nicht neu, sondern eine Wiederholung des bereits von mir vor 10 Jahren veröffentlichten und sowohl bei einfachen wie bei Ureterencystoskopen angewandten Prinzipes.

---

[1] *Deutsche med. Wochenschrift 1895. Nr. 4.*

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 6. Sonnabend, den 11. Februar. 1905.

(Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Dorpat.)

Gritti'sche Amputation.

Von
Dr. **Wilh. Harms** in Reval,
ordin. Marinearzt.

M. Silbermark teilt in diesem Blatte Nr. 45 1904 mit v. Mosetig-Moorhof verhindere das Abgleiten der Patella bei der Gritti'schen Amputation dadurch, daß er das Lig. Patellae proprium an der Kniescheibe belasse und mit dem Stumpfende des Semimembranosus und Biceps femoris zusammennähe. Diesem Abgleiten

der Kniescheibe hat außer anderen auch Dr. Bohl, in den Arb. d. chir. Klin. Dorpat Heft I 1896, einen Artikel gewidmet und nach Aufzählung der Verfahren, es zu verhindern, eine auf das gleiche hinzielende Modifikation beschrieben, welche Prof. v. Koch seit 1892 anwendet. Es wird nämlich das Lig. Patellae proprium in den besonders zugestutzten Weichteilen ebenfalls geschont und mit den Resten der hinteren Kapselwand des Oberschenkels, oder, wenn diese nicht da sind, mit dem Periost bezw. Knochen der hinteren Corticalis des innerhalb der Kondylen durchsägten Oberschenkels vernäht. Dabei hat Dr. Bohl nicht nötig befunden zu erwähnen, daß hier, seit 1889, wo es nur angeht, über den entsprechend gerundeten Knochenstümpfen auch die Extensoren und Flexoren mit ihren Sehnen bezw. Muskelbäuchen möglichst bei allen Amputationen durch Nähte aneinander gebracht werden, so daß der Knochen in einer Sehnen- bezw. Muskelhülse steckt. Dr. Bohl schien dieses mit unserem Chef ein selbstverständlicher Griff, welcher jedem beschäftigten Operateur sich aufdrängen müsse; und sicher erreicht man auf diese Weise einen beweglicheren und der Atrophie weniger ausgesetzten Stumpf.

Sollte sodann Silbermark mit der Bemerkung, v. Mosetig's Methode ermögliche nach 14 Tagen einen »tragfähigen« Stumpf, andeuten wollen, in dieser Weise ließe sich die Patella nach kurzer Zeit belasten, so wäre auf die experimentellen Untersuchungen Ehrlich's (Amputatio Gritti. Inaug.-Diss., Dorpat, 1892) über die sensiblen Qualitäten der Patellargegend und jene der Tuberositas tibiae hinzuweisen. Über der Patella sind alle sensiblen Qualitäten verhältnismäßig sehr hoch entwickelt und infolge dessen Schmerzempfindungen schon bei geringer Inanspruchnahme auf Druck zu verzeichnen, während an der Gegend der Tuberositas tibiae bei experimenteller Prüfung ein geringeres Maß der sensiblen Qualitäten sich ergibt. Es ist dieser Unterschied mit Grund der Tatsache, daß wir nicht mit der Kniescheibe, wohl aber mit der Tuberositas tibiae knien. Für die direkte Belastung im künstlichen Bein eignet sich also nicht die Patella, sondern nur die Tuberositas tibiae, auch wenn sie, in Sabanejeff's Manier (Berliner med. Wochenschr. 1891 Nr. 25), an die Femurkondylen angesetzt wird. In dieser Richtung zeigt sich Sabanejeff's Operation der Gritti'schen unzweifelhaft überlegen, und da sie erheblich mehr gesunde Weichteile als Gritti nicht voraussetzt, bleibt zu verwundern, daß Sabanejeff trotz wiederholt für ihn angegebener Modifikationen, so selten ausgeführt wird.

---

1) **Kionka** und **Krönig.** Mischnarkosen mit genauer Dosierung der Dampfkonzentration.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 1.)

Braun hat zuerst die Vorteile der Mischnarkose gekennzeichnet und einen Apparat zu ihrer Ausführung hergestellt. Demselben haftet jedoch der Nachteil der ungenauen Dosierung an. Die Firma Draeger

hat den beiden Verff. einen Apparat konstruiert, welcher nun die Möglichkeit exakter Dosierung der Mischnarkose garantiert und der in Anlehnung an die schon bekannten Roth-Draeger'schen Sauerstoff-Chloroformapparate hergestellt ist. Die Basis für das Gasgemenge liefert auch hier der Sauerstoff, welcher die unterwegs aufgenommenen abgemessenen Chloroform- und Ätherdämpfe mit sich reißt. Die Dosierung der Narkotika erfolgt im flüssigen Zustande, indem Tropfen gleicher Größe in bestimmter Zahl in der Zeiteinheit in dem Sauerstoffstrom zur Verdampfung gebracht werden. Das Gasgemenge gelangt erst in einen sogenannten Sparbeutel und von dort in den Raum unter der Maske. Der Apparat ist selbst abgebildet und so seine Konstruktion leicht verständlich gemacht. Der Betrieb ist sehr einfach, und eine genaue Kontrolle von seiten der Verff. ergab, daß der Apparat mit großer Exaktheit arbeitet, und daß seine Bedienung leicht zu bewerkstelligen ist. Die zunächst vorgenommenen Tierversuche zeigten, daß bei geringem Verbrauche der Narkotika die Betäubung einen gleichmäßigen Verlauf nahm, und daß geringere Schädigungen der Atmungs- und Herztätigkeit gegenüber reinen Äther- und Chloroformnarkosen auftraten. Auch bei den darauf folgenden Versuchen beim Menschen, und zwar ausschließlich bei Frauen, ergab sich die Brauchbarkeit des Apparates zur Mischnarkose. Der Apparat eignet sich nach Ansicht der Verff. selbst nur für die Krankenhaustätigkeit, da er für die Privatpraxis zu umfangreich ist. Allein die operative Beschäftigung erfordert im Hospital eine genauere Dosierung der Narkotika, da es sich meist um langdauernde Eingriffe handelt im Gegensatz zu den kurzen chirurgischen Maßnahmen, welche im Hause der Pat. vorgenommen zu werden pflegen, und bei denen man immerhin mit den üblichen Masken auskommen kann. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

2) **Rudolf Klapp.** Experimentelle Studien über Lumbalanästhesie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 1.)

Verf. konstatierte auf experimentellem Wege, daß Substanzen, in den Duralraum eingeführt, schneller resorbiert werden als nach subkutaner Injektion. So spielt also auch die rasche Resorption des Kokains bei Lumbalanästhesie eine gefährliche Rolle. Von den Mitteln, welche diese vermeiden lassen sollen, kommt eigentlich nur das Blutleere erzeugende Adrenalin in Betracht. Bier und Dönitz haben dieses Mittel zuerst zu diesem Zwecke angewendet. Allerdings ist die Herabsetzung der Resorption durch Beigabe von Adrenalin bei intraduraler Anwendung geringer als bei subkutaner Einverleibung. Das liegt daran, daß die Zerebrospinalflüssigkeit ungemein viele Abflußwege besitzt, so daß es unmöglich ist, mittels einiger Tropfen Adrenalin diese ganze Resorptionsfläche zu anämisieren. Bei dem Suchen nach weiteren resorptionshemmenden Mitteln zog K. die schleimigen Vehikel in Betracht, welche in der inneren Medizin verwendet werden, um

wirksame Stoffe länger am Orte festzuhalten. Er wandte Gelatinekokainlösungen an und konnte damit in der Tat eine allgemeine Anästhesie bei Hunden ohne Vergiftungserscheinungen erzeugen. Diese Methode der Anästhesie ist also in der Thiermedizin zu empfehlen, da die Tiere, zumal die Hunde, die Narkose sehr schlecht vertragen. Leider verliert die schlecht zu sterilisierende Gelatine an Wert dadurch, daß sie durch den Sterilisationsprozeß ihre Koagulationsfähigkeit einbüßt, so daß gerade die wichtigste, die Resorption herabsetzende Eigenschaft verloren geht. Deshalb ist sie beim Menschen vorläufig nicht anwendbar. Im übrigen glaubt Verf., daß die Nacherscheinungen nach Einführung von Kokain in den Duralsack zwar in der Hauptsache durch die nach Aufsaugung des Mittels stattfindende Wirkung auf die Zentren des Gehirns zu erklären seien, daß aber auch der direkt schädigende Einfluß des Kokains auf die Gehirn- und Rückenmarkssubstanz in Betracht kommt. Zum Schlusse bespricht K. noch den Wert öliger Lösungen von Kokain und deren resorptionshemmenden Einfluß. Das Gelingen dieser Versuche würde seines Erachtens die Frage der Rückenmarksanästhesie in ein neues Stadium rücken. Die in dieser Hinsicht bisher gemachten Versuche sind ebenfalls näher beschrieben. Es handelt sich dabei vor allem um die Benutzung einer Suspension von Glyzerin und Öl, ferner um die Verwendung des Cocain. oleinicum, phenylicum und um die reine Base Cocain. purum.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

3) **L. Hoffer v. Sulmthal.** Eine neue Methode von Serumbehandlung bei Erysipel.

(Fortschritte der Medizin 1904. Nr. 27.)

An der Hand von 16 Krankengeschichten empfiehlt H. eine Serumbehandlung bei Erysipel. Den an Erysipel erkrankt gewesenen Pat. wurde nach ihrer Genesung mittels Venaesektion Blut entnommen und hieraus das Serum, dem zur besseren Haltbarkeit 0,5%ige Karbolsäure zugesetzt war, dargestellt.

Bei frischem Serum, d. h. kurz nach der Genesung entnommenem, war die Wirkung sicherer als beispielsweise bei einem 5—6 Tage nach der Genesung gewonnenen. Die einmalig injizierte Menge betrug 2 ccm, in einzelnen Fällen auch 5 ccm; die Durchschnittsmenge für die ganze Behandlung 8 ccm; in einem Falle waren 19 ccm verabreicht worden.

Die Injektionsstellen waren stets reaktionslos, irgendwelche nachteilige Folgen traten nicht ein.

In fast allen Fällen ließ sich eine Abkürzung der Heilungsdauer, die im Durchschnitte 6 Tage betrug, konstatieren.

Alle — 16 — Pat. genasen. **Kronacher** (München).

---

4) F. A. Suter. Zur Serumbehandlung des Starrkrampfes, insbesondere über Tetanuserkrankungen trotz prophylaktischer Serumtherapie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 1.)

Verf. publiziert die seit 1900 in der Genfer Klinik behandelten Tetanusfälle, bei denen ebenso wie bei den früher von Scherz veröffentlichten und gleichfalls mit Tetanusserum behandelten Pat. die Heilresultate sehr schlechte waren; sind doch von 14 nur zwei Kranke gerettet worden, welche wahrscheinlich auch ohne die Serumtherapie genesen wären. Deshalb ist Verf. ebenso skeptisch gegenüber dem Werte des Tetanusserums wie Trendelenburg und Ullrich; auch kann er die intrazerebralen Injektionen keineswegs für so harmlose Maßnahmen hinstellen, wie man das früher getan hat.

Weiterhin bespricht S. die Präventivimpfung mit Tetanusserum zur Prophylaxe des Wundstarrkrampfes. Nocard hat für die Pferde den außerordentlichen Nutzen dieser prophylaktischen Behandlung erwiesen, und eine Reihe anderer Autoren bringen ebenfalls zuverlässige Beispiele für ihren Wert. Beim Menschen ist naturgemäß das Experiment verpönt, und so lassen sich sichere Beweise über die Wirksamkeit der Prophylaxe nur auf Umwegen erbringen. Immerhin ist es z. B. interessant, daß Bazy, der nach der Beobachtung von vier Tetanusfällen jeden Pat. mit einer »Straßenwunde« impfen ließ, erst dann wieder den ersten Fall von Wundstarrkrampf erlebte, als beim Assistentenwechsel vergessen worden war, den Neuangekommenen die Ausführung der prophylaktischen Impfungen zu empfehlen. Ebenso giebt es eine größere Zahl anderer Chirurgen, welche öfters Tetanus bei ihren Pat. sahen und ihn nicht mehr beobachteten, seit sie jede verdächtige Wunde mit Serum von vornherein injizierten. Juillard in Genf injiziert ebenfalls prinzipiell seit dem Jahre 1896 sämtliche Pat., die mit irgendwelchen offenen frischen Verletzungen auf seine Abteilung kommen, gleich beim Eintritt; und zwar werden 10 ccm Serum unter die Haut von Brust oder Bauch gespritzt. Bei den 700 auf diese Weise behandelten Leuten wurden nie unangenehme Erscheinungen infolge der Anwendung des Mittels beobachtet. Mit Ausnahme eines Falles erlebte man bei den mit prophylaktischer Impfung Versehenen keinen Tetanus, dagegen trat derselbe zweimal in tödlicher Form auf bei Verletzten, bei denen man unglücklicherweise die Einspritzung vergessen hatte. Bei dem einen Kranken, welcher trotz der präventiven Impfung an Wundstarrkrampf erkrankte, trat er in einer sehr milden, abortiven Form auf, und Verf. glaubt, daß die Abschwächung der Behandlung mit Serum zuzuschreiben wäre. Ganz analoge Beobachtungen sind von einer Reihe anderer Kliniker gemacht worden. Im ganzen kann Verf. zwölf Fälle zusammenstellen, bei denen zehn Mal ein Abortivtetanus und zweimal ein tödlicher Wundstarrkrampf nach der prophylaktischen Impfung auftrat. Die klinischen Erfahrungen wie die theoretischen Erwägungen weisen darauf hin, daß

man bei Tetanusgefahr vor dem Zeitpunkte der Infektion, d. h. vor der Operation oder Geburt injizieren muß. Bei akzidentellen Wunden muß das Serum möglichst bald nach stattgefundener Verletzung, am besten schon außerhalb des Spitals, von dem zuerst behandelnden Arzt einverleibt werden. Nur bei per primam heilenden Wunden darf man sich mit einer Injektion begnügen; bei eitrigen Wunden soll dieselbe wiederholt werden, da bei größerer Quantität der in der Wunde neu gebildeten Toxine die Antitoxine des Serums schon nach einigen Tagen neutralisiert werden. Deshalb sollen bei stark eiternden Wunden die Injektionen anfangs zweimal wöchentlich, später wöchentlich und schließlich noch alle zwei Wochen wiederholt werden.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

5) **Gallois, Flourens, Walter.** De la glycérine, et en particulier de la glycérine boriquée dans le pansement des plaies et des pyodermies.

(Revue française de méd. et de chir. 1904. Nr. 50.)

Die Verff. haben bei eitrigen Hauterkrankungen verschiedenster Art, bei Furunkeln, Anthrax, oberflächlichen Panaritien, multipeln Hautabszessen der Kinder, akuten Ekzemen, Impetigo, Brandwunden usw. Verbände mit Glyzerin bezw. 10%igem Borglyzerin verwendet, und hiermit bessere Erfolge erzielt als mit den gebräuchlichen antiseptischen Verbänden. Die zunächst mit einer sterilen oder antiseptischen Flüssigkeit (event. 10%iger Borsäurelösung) angefeuchtete hydrophile Watte wird kräftig ausgedrückt, mit säurefreiem Glyzerin durchtränkt, auf die erkrankte Stelle aufgelegt und mit nicht entfetteter Watte bedeckt. Die einzige Unbequemlichkeit ist ein Brennen, welches jedoch nur einige Minuten anhält und gewöhnlich nur beim ersten Verbande eintritt. Bei stärkerer Eiterung täglicher Verbandwechsel. Die wasserentziehenden Eigenschaften des Glyzerins sind insofern nützlich, als der wäßrige Teil des Eiters absorbiert wird, in den Verband diffundiert und verdunstet. Hierdurch ist die Hauptbedingung eines guten Verbandes bei eiternden Wunden erfüllt, den Flüssigkeitsstrom aus dem Inneren der Wunde nach der Oberfläche zu leiten.

Mohr (Bielefeld).

6) **L. Cahier.** Sur les myostéomes traumatique particulièrement sur leur pathogénie et leur traitement opératoire.

(Revue de chir. XXIV. ann. Nr. 3—6.)

Zunächst bringt C. nach Darstellung seiner eigenen sehr instruktiven Beobachtung in langer Folge die Zusammenstellung von 64 traumatischen Myosteomen des Oberarmes, 77 des Oberschenkels und 6 verschiedener Muskeln, von denen einzelne als nicht sicher auf Traumen zurückzuführende gesondert aufgeführt werden.

Der Begriff Myosteom umfaßt nur jene in Muskelgewebe eingeschlossene Knochengebilde, die sich im Anschluß an teils einmalige,

teils wiederholte Quetschung, Zerrung, Fremdkörperreizung wohl zumeist auf dem Boden grob anatomischer Schädigung, Zerreißung von Muskelgewebe, Blutung usw. entwickeln, von vornherein in bestimmter Größe angelegt auch späterhin von gleichem Volumen bleiben und somit keine Neubildungen darstellen. Sie haben meist keine Verbindung mit dem Knochen, können jedoch mit demselben durch dünne oder feste Knochenbrücken verwachsen sein, mitunter bilateral auftreten. Als bevorzugte Stellen sind Brachalis int. und Adduktoren zu bezeichnen. Im Muskelgewebe sind sie entweder ohne deutliche Abgrenzung eingelagert, festgewachsen, oder von einer Art Kapsel umgeben, besonders die mit dem Knochen nicht in Verbindung stehenden.

Für die Entstehung der Myosteome, die oft nach einem Monat bereits nachzuweisen sind, gibt es vier Hypothesen, von denen C. drei verwirft, nämlich die, wonach Blutgerinnsel sich in Knochengewebe umformen sollten (Seydeler), die, wonach Ossa sesam. aberrantia als Anlage vorhanden wären, endlich die Entstehungsweise der Myosteome aus abgerissenen bezw. transplantierten Periostteilchen. Könne man für die Erklärung der verwachsenen Myosteome ihr nicht allen Wert absprechen, zumal sie experimentell gestützt sei, so reiche sie nicht aus, um die Knochenbildung um Fremdkörper, bei Eiterungen usw. verständlich zu machen. Vielmehr müsse man die Ursache in einer Myositis ossificans suchen, wofür auch der mikroskopische Beweis erbracht sei.

Bezüglich der Behandlung könne mitunter vorsichtige Massage die entzündliche Infiltration zum Schwinden bringen; doch ist sie besonders bei Traumen in der Ellbeuge scheinbar nachteilig gewesen. Viele Osteome stören gar nicht; man läßt sie dann ruhig sitzen. Wo sie jedoch Beschwerden machen oder bewegungshemmend wirken, sind sie operativ zu entfernen — Carga Mann (Helferich) —, aber mit der nötigen Rücksicht auf Muskelsubstanz und Funktion. Die Rezidive wird man auch bei nicht zu großem Opfer an Muskel vermeiden können durch sorgsame Ausschälung aller kleinsten Fortsätze, peinliche Asepsis, exakteste Blutstillung und vor allem durch Operation im geeigneten Moment, d. h. wenn die Myosteome »reif« sind. Dies ist der Fall, wenn ihr Schatten im Röntgenbild gleichmäßig und gut begrenzt erscheint; die Kapsel wäre mitzuentfernen, von stärkerem Abkratzen des Knochens bei angewachsenen Myosteomen abzusehen.

Christel (Metz).

---

7) **Ch. Dujarier.** Du traitement des fractures récentes fermées par l'agrafage metallique.

(Revue de chir. XXIV. ann. Nr. 8.)

Bericht über vier frische durch perkutene Fixierung mit Metallklammern behandelte Frakturen — zwei der Tibia, eine Femur-, eine Radiusfraktur — nebst Abbildungen besonders des Instrumentariums und der Frakturen. Nach seinen Erfahrungen giebt D. eine Reihe technischer Vorschriften und Indikationsstellungen, die etwa folgender-

maßen zusammengefaßt werden können. Vor allem sind große Schnitte nötig; die Bruchenden werden ergiebig herausgehebelt und mit dem Tuffier'schen gebogenen Fußapparat zum Bohren der Löcher festgehalten, dann exakt reponiert. Das Hauptstück ist die genaue Distanzierung der Bohrlöcher: sind sie zu nahe, entstehen Sprünge und Abbiegungen beim Eintreiben der Klemmen; letzteres auch, wenn sie zu weit auseinander liegen. Zum Eintreiben der Klemmen; deren neues Modell verstärkte Winkel besitzt, haben Verf. sich mit Vorteil eines Instrumentes bedient, das die Verletzung der Weichteile verhindert.

Wenn die Asepsis eine absolute ist, werden tief angelegte, von Muskelmassen bedeckte Klemmen allem Anschein nach gut ertragen, wogegen oberflächlich gelegte (Schienbein z. B.) zu Reizungen zu führen scheinen.

Die Klemmennaht frischer Brüche soll im allgemeinen erst dann ausgeführt werden, wenn die Röntgenaufnahme im fixierenden Verband ungenügende Retention ergibt, sowie bei Leuten, wo es auf die Herstellung vorzüglicher Koaptation ankommt — vor allem im jugendlichen Alter. Kommunitivbrüche, auch wenn nur ein größerer Splitter sich zwischen die Bruchenden einschiebt, eignen sich nicht für das Verfahren. Die Kallusbildung ist reichlich und tritt frühzeitig ein.

Christel (Metz).

---

8) **O. Föderl.** Zur Metaplasie des Peritonealepithels in Hydrokelensäcken.

(Arbeiten aus dem Gebiete der klinischen Chirurgie. Dem Andenken Gussenbauer's gewidmet. p. 208—216.)

In Fortsetzung seiner in der Zeitschrift f. Heilkunde 1900 Hft. 9 niedergelegten Untersuchungen fand F. in Hydrokelensäcken eine Proliferation der auskleidenden epithelialen Zellen mit Übergängen zu höheren kubischen und niedrig-zylindrischen Formen. F. ist der Ansicht, daß das starke flache Peritonealepithel proliferieren und mehrschichtigen polygonalen kubischen und zylindrischen Zellenbelag liefern kann, und daß bei Proliferationsprozessen durch solche Metaplasie die mit Zylinderepithel ausgekleideten Cystchen der Hydrokelensäcke entstehen können.

E. Moser (Zittau).

---

9) **Martin** (Greifswald). Zu den Myomfragen.

(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XX. p. 1130.)

Solange es ausführbar ist, sollen die Myome nur enukleiert werden. In der Regel behalten die Frauen dann ihre Konzeptionsfähigkeit, und die sogenannten Ausfallserscheinungen treten nicht auf. Rezidive treten nach Enukleationen verhältnismäßig selten auf.

Die primären Resultate sind nach Ansicht des Verf. schon jetzt befriedigend und werden, je weiter unsere Technik sich vervollkommnet, um so besser werden.

Einzelheiten müssen in der Arbeit nachgelesen werden.

Neck (Chemnitz).

---

10) **Beyea.** Retrodisplacement of the uterus.

(Univ. of Pennsylvania med. bull. 1904. November.)

B. berichtet über 465 mit Ventrosuspension behandelte Fälle von Rückwärtsverlagerung der Gebärmutter. Die von anderen Autoren beobachteten Nachteile der Ventrofixation beruhen auf falscher Technik; es ist nicht die Aufgabe, den Uterus fest an der Bauchwand zu fixieren, sondern ihn derart anzuheften, daß im Laufe der Zeit infolge der Beweglichkeit des Organes, seines Zuges an der Bauchwand bei Ausdehnung der Blase usw. ein Band sich neu bildet, welches die Gebärmutter so lange in Anteflexion hält, bis die sekundären pathologischen Veränderungen infolge der Rückwärtsknickung sich ausgeglichen haben und der normale Halteapparat sich wieder hergestellt hat. B. sucht das durch folgende Technik zu erreichen: Nachdem die Bauchhöhle eröffnet und die Gebärmutter hervorgeholt worden ist, werden zwei Seidenligaturen gelegt, welche den Fundus uteri etwas nach hinten von der Intertuballinie auf etwa $^1/_4$—$1^1/_2$ cm Tiefe und $1^1/_2$ cm Breite durchsetzen, andererseits parietales Peritoneum und beiderseits von der Inzision den Rand des Rectus fassen. Die Nähte werden so geknüpft, daß der Uterus der Bauchwand dicht anliegt. Nach einigen Wochen hat sich dann an Stelle der Fäden eine bandförmige Falte ausgezogen, welche einerseits aus parietalem Bauchfell und einigen Muskelfasern der Bauchwand, andererseits aus dem peritonealem Überzuge des Uterus und einzelnen Muskelfasern desselben besteht und eine Länge von 2—8 cm hat. B. bildet einen derartigen tatsächlich erhobenen Befund ab. Von einem so zusammengesetzten Strange kann man erwarten, daß er während der Schwangerschaft eine relative Hyperplasie und Hypertrophie eingeht, die Uterusausdehnung nicht hemmt und im Puerperium sich zurückbildet. Von 272 Operierten, von denen spätere Berichte vorliegen, fühlten sich 85% völlig geheilt, 10% sehr gebessert. Jedoch tritt die Besserung in 90% nicht sogleich nach der Operation, sondern erst innerhalb eines Jahres, event. erst nach 2 Jahren ein. Von 153 verheirateten Frauen konzipierten 41, und nur 9 von diesen abortierten; bei den übrigen verlief Schwangerschaft und Geburt ohne Komplikationen, welche auf die Ventrosuspension zu beziehen gewesen wären.

Mohr (Bielefeld).

---

11) **Clinton.** The treatment of infected wounds of the extremities.

(Buffalo med. journ. 1904. Dezember.)

C. ging bei der Behandlung infizierter Wunden der Gliedmaßen von der Tatsache aus, daß eine Temperaturerhöhung die pyogenen Bakterien abschwächt und zerstört. Er stellte durch eine Reihe von Experimenten im Heißluftapparat fest, wie hoch die im Apparat ohne Schädigung der Körpergewebe zu erzielende Temperatursteigerung innerhalb der Gewebe ist; bei der größten von der Hautoberfläche gut vertragenen Hitze betrug die Temperatur innerhalb der Gewebe

39—41° C; diese Temperatur wurde nach 15 Minuten erzielt und hielt noch ebenso lange nach Entfernung des Heißluftapparates an.

Die Erfolge, welche von C. bei der Behandlung infizierter Wunden im Heißluftkasten erzielt wurden, entsprachen der theoretischen Begründung des Verfahrens. Bei septischen Erkrankungen muß jedoch die Dauer der Heißluftbehandlung bedeutend länger als bei rheumatischen und traumatischen Leiden sein, nämlich täglich 12—20 Stunden. Antiseptica wurden nicht gleichzeitig angewendet. Das Verfahren bewährte sich dem Verf. besonders bei schweren eiternden Hand- und Fußverletzungen, bei Gelenkeiterungen und bei sekundär infizierter Knochentuberkulose. **Mohr** (Bielefeld).

---

12) **P. Bockenheimer.** Totalexstirpation der Scapula, Knochenregeneration und spätere Funktion (unter besonderer Berücksichtigung der Osteomyelitis scapulae).

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 1.)

B. weist nach, daß schon Heine am Hunde gezeigt hat, daß nach subperiostaler Resektion des Schulterblattes eine Regeneration eintritt. Die Operation ist auch beim Menschen schon seit langer Zeit ausgeführt worden und gibt eine gute Gebrauchsfähigkeit des Armes, sofern sie nach v. Langenbeck's Vorschrift derart ausgeführt wird, daß alle in der Nähe des Gelenkes sich festsetzenden Muskeln und Sehnen in Verbindung mit dem Periost bleiben. Es ist ohne weiteres klar, daß diese Bedingung bei bösartigen Geschwülsten des Schulterblattes nicht erfüllbar ist, zumal Pat. mit diesen Geschwülsten meist in vorgeschrittenem Stadium erst chirurgische Hilfe aufsuchen. Um eine Hebungsmöglichkeit des Armes in solchen Fällen noch zu erzielen, kämen plastische Operationen in Betracht, z. B. Überpflanzung eines Teiles des M. cucullaris auf den M. deltoideus. Günstiger liegen die Fälle, in denen wegen Osteomyelitis, Tuberkulose, Nekrose nach Typhus, Knochenbrüchen usw. Eingriffe am Schulterblatt vorgenommen werden müssen. In diesen Fällen soll man bei ausgedehnter Erkrankung das Schulterblatt total entfernen, da auf diese Art ein besseres funktionelles Resultat erzielt wird, als bei partieller Entfernung des Knochens. Die Osteomyelitis des Schulterblattes ist meist eine traumatische und beginnt gewöhnlich in der Spina scapulae; ein Abszeß befindet sich meist zwischen Schulterblatt und M. subscapularis. Ein Durchbruch desselben nach der Achselhöhle findet in der Regel erst statt, wenn er durch die Pars tenuis auf die Rückfläche des Knochens hindurchgelangt ist. Die Ausbreitung des Prozesses ist eine rasche infolge des durch die vielen Muskelansätze auf den Knochen ausgeübten Druckes. Es ist demnach von der größten Bedeutung, frühzeitig eine Diagnose zu stellen und radikal zu operieren, um die drohende Allgemeininfektion zu verhindern. Ist die letztere eingetreten, so ist die Totalentfernung des Schulterblattes eine indicatio vitalis. Auf die Mitentfernung der Cavitas glenoidalis legt B. besonderes Gewicht, da ihre

Erhaltung zu Rezidiven Veranlassung gibt, und andererseits eine völlige Neubildung der Gelenkfläche eintritt, wenn man sie entfernt. Auch bei chronischer Osteomyelitis ist die Totalexstirpation des Schulterblattes die zweckmäßigste Operation.

Der Eingriff wird in der Weise ausgeführt, daß man einen Schnitt entlang der Spina scapulae, einen zweiten am medialen Schulterblattrande vom Angulus medialis bis zum Angulus inferior anlegt. Von diesen Schnitten aus kann man die Fossa supra- und infraspinata subperiostal freilegen. Am schwierigsten ist die Freilegung der Gelenkfläche. B. durchsägt das Akromion an seinem Übergang in die Spina scapulae und durchtrennt den Proc. coracoideus an seiner Basis. Auf diese Art schont man am besten den N. suprascapularis und axillaris. Die durch Bandmassen und Muskelansätze fixierten Teile des Akromion und des Rabenschnabelfortsatzes lassen sich nach der Durchmeißelung leichter entfernen, als wenn sie mit dem Schulterblatt in Verbindung bleiben. Wichtig ist eine gute Nachbehandlung nach dem Eingriff. Vor allem muß man zeitig mit passiven Bewegungen des Armes beginnen. Außerdem wird der Arm über dem Middeldorpf'schen Triangel in Abduktion und Außenrotation gestellt. Jedenfalls ist durch eine zweckmäßige Nachbehandlung ein vorzügliches Resultat zu erzielen. Die Knochenregeneration kann man sehr bald im Röntgenbild verfolgen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

13) **Poulsen.** Über die Madelung'sche Deformität der Hand.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 2.)

Die sogenannte Madelung'sche Deformität wird durch eine Volarverschiebung der Hand in Verbindung mit einem starken Vorspringen des Capitulum ulnae an der Dorsalseite charakterisiert. Man findet an der Grenze zwischen Vorderarm und Hand eine deutliche Einsenkung, welche besonders deutlich von der Ulnarseite aus hervortritt wegen des starken Hervorspringens des Capitulum ulnae, dessen karpale Gelenkfläche ab und zu getastet werden kann, während der Übergang, von der Radialseite gesehen, ebener ist. Bei oberflächlicher Betrachtung kann man glauben, es handle sich um eine Verrenkung der Hand nach vorn, allein die Ossa carpi stehen mit dem Radius, das Lunatum mit dem Triquetrum in Verbindung. Verf. hatte Gelegenheit, die immerhin seltene Erkrankung zweimal zu beobachten und beschreibt die Fälle genauer. Aus seinen eigenen Beobachtungen wie dem Literaturstudium ergibt sich, daß in der Ätiologie weder eine Krankheit, wie Rachitis, noch ein Trauma Veranlassung zu der Deformität gibt, die meist bei Mädchen auftritt. Madelung's Theorie von der Entstehung des Leidens stimmt mit der früher allgemein anerkannten von den Ursachen des Genu valgum überein. Er glaubt, daß bei Individuen mit schwachen Knochen und Bändern bei der Beugung der Hand nach der Volarseite Wachstumsstörungen eintreten. Der volare Rand des Gelenkes des Radius und die Hand-

wurzelknochen sind einem abnorm starken Druck ausgesetzt. Der betreffende Abschnitt wird atrophisch, während an dem dorsalen Rande des Radius, wo der Druck geringer ist, stärkeres Wachstum stattfindet. Indessen beweisen die Fälle des Verf., besonders die Röntgenbilder, daß keine Hypertrophie des dorsalen Randes vorhanden ist, und daß die Krümmung nicht nur die Epiphyse, sondern auch die Diaphyse wahrscheinlich in ihrer ganzen Ausdehnung befällt, endlich daß keine Subluxationsstellung vorhanden ist, jedenfalls nicht der Handwurzelknochen, welche direkt mit dem Radius verbunden sind. Pat. schließt sich der Ansicht Duplay's an, daß die Deformität in erster Reihe der durch Schwächung des knöchernen Gewebes hervorgerufenen Krümmung, und zwar besonders des Radius zuzuschreiben ist. Diese den ganzen Knochen betreffende Krümmung ist als Folge einer Wirkung der Muskeln, besonders der Flexoren, anzusehen. Was den krankhaften Knochenprozeß hervorruft, muß dahingestellt bleiben. Die Heilung ist nur durch eine Osteotomie des Radius zu erzielen, welche P. bei seinen beiden Pat., besonders in dem einen Falle, mit gutem Erfolg angewendet hat. Die Richtung der Knochendurchmeißelung war eine schräge von der Volar- nach der Doralseite, von unten nach oben. Der unterste Teil der Osteotomie lag einen Zentimeter über über dem Handgelenk.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

14) **Young.** The etiologie of congenital absence of the tibia.

(Univ. of Pennsylvania med. bull. 1904. November.)

Verf. berichtet über fünf eigene Beobachtungen von angeborenem Defekt an der Tibia (zwei Abbildungen) und geht dann genauer auf die Ätiologie des Leidens ein. Erbliche Einflüsse spielen so gut wie gar keine Rolle. Gegen eine intra-uterine Erkrankung der Nerven oder Muskeln, sowie gegen eine primäre Entwicklungshemmung der Knochenwachstumszentren sprechen gewichtige Gründe. Dagegen ist es sehr wahrscheinlich, daß die Ursache in amniotischen Verwachsungen liegt, in einer Amniotitis, welche sekundär zu einer Zerstörung und Aufsaugung des mit dem Amnion verwachsenen Körperteiles führt. Die Ursache dieser Amniotitis ist gewöhnlich ein Trauma, und zwar meist ein leichtes in den ersten Schwangerschaftsmonaten, am häufigsten im 3. Monat. In sämtlichen Fällen des Verf. ließen sich derartige traumatische Einflüsse: starker Korsettdruck, Stoß gegen den Unterleib und ähnliches nachweisen. Daß durch derartige Traumen die Tibia häufiger als andere Körperteile leidet, hat zwei Gründe: erstens ist die Haltung des Fötus im Uterus gewöhnlich so, daß bei Druck auf den Bauch die unteren Extremitäten nach der Gegend des Kreuzbeines zu gepreßt werden, und die Stelle des Amnions, welche über dem Schienbeine liegt, in erster Linie geschädigt wird; sodann sind die Verknöcherungszentren in den Schienbeinen bereits sehr früh, gegen die 7. Woche, in Entstehung begriffen. Der kongenitale Defekt oder das Fehlen der Tibia käme also gewöhnlich so zustande, daß ein plötzlicher heftiger Druck auf den Uterus zu einer entzündlichen

Amnionerkrankung mit Hydramnion, Verwachsungen und Entwicklungsstörungen an den verwachsenen Teilen des Fötus führte. Die Krankengeschichten von 48 Literaturfällen werden im Auszug mitgeteilt.

Mohr (Bielefeld).

---

15) **M. Marchais.** Le traitement des varices par la marche.

(Gaz. des hôpitaux 1904. Nr. 136.)

M. tritt lebhaft für die Behandlung der Varicen mit Massage und energischer Bewegung ein.

Die Beschwerden der Kranken werden gehoben, sowie die Entleerung der Venen wieder glatt von statten geht. In dieser Hinsicht besonders wichtig sind die Kontraktionen der Beinmuskeln. Da aber die Muskulatur, namentlich durch Benutzung von Binden und Gummistrümpfen, meist einem hohen Grade von Schlaffheit anheimgefallen ist, muß sie zunächst — durch Massage — wieder gekräftigt werden. Letztere ist jedoch nur als »mise en marche« zu betrachten, die Hauptaufgabe fällt der Bewegung zu. Die Pat. sollen täglich im ganzen mindestens $2^1/_2$ Stunden gehen, d. h. kräftig ausschreiten (110—120 Schritte in der Minute). Jede Übermüdung ist zu vermeiden, in den Ruhepausen darf Pat. nicht stehen, sondern soll womöglich liegen.

Ausgeschlossen von dieser Art der Behandlung sind natürlich alle Fälle, wo Entzündungen oder Phlebolithen vorhanden sind.

V. E. Mertens (Breslau).

---

16) **Hevesi.** Radikale Heilung des rachitischen und statischen Plattfußes mittels Sehnenplastik.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904. Nr. 45.)

Da nach des Verf.s Ansicht die bisher angegebenen Methoden nur einzelnen Symptomen des Plattfußes Rechnung trugen, so ging er in der Weise vor, daß in einer bis mehreren Sitzungen erst der Plattfuß in Narkose gründlich mobilisiert wurde. Erst wenn dies gelungen und die durch die Mobilisation bedingten Reizerscheinungen geschwunden waren, wurde zur Sehnenplastik geschritten (also etwa nach 2—6 Wochen). Hierbei wurde erst ein Zipfel von der Achillessehne abgetrennt und auch die durch Raffnaht verkürzte Sehne des Tibialis posticus überpflanzt. Der übrige Teil der Achillessehne wurde plastisch verlängert. Dann wurde auf der inneren Seite des Fußes ein Längsschnitt von der Ferse bis zum Mittelfuß geführt und die von ihrem Ansatze gelöste Sehne des Tibialis anticus durch einen durch das Os naviculare von oben innen nach unten außen mit der Fraise gebohrten Kanal gezogen und um die mediale Seite des Knochens geführt und hier befestigt, der M. tibialis anticus wurde in seiner Wirkung dadurch gekräftigt, daß der zentrale Stumpf der aus einem kleinen Längsschnitt am Unterschenkel herausgeholten Sehne des Extensor hallucis auf ihn überpflanzt wurde, während der periphere Stumpf mit dem Extensor communis vereinigt wurde. Zur Erhaltung des Resultates wurden

Gipsschienen bis zum Knie angelegt. Nach Abnahme des Verbandes mußte Pat. für längere Zeit Plattfußschuhe tragen. Die nach dieser Methode operierten ersten fünf Fälle gaben, trotzdem es sich um recht schwere Formen handelte, ein sehr gutes Resultat. In seinen späteren Fällen kam zu diesen Plastiken noch die Überpflanzung des Peroneus brevis auf das Kahnbein, und zwar an dieselbe Stelle, an welcher der Tibialis anticus überpflanzt ist. Diese Modifikation wurde in mehreren Fällen mit dem besten Erfolg ausgeführt. **Borchard** (Posen).

Kleinere Mitteilungen.

Einfache Stellvorrichtung für aktive Bewegungsapparate.

Von

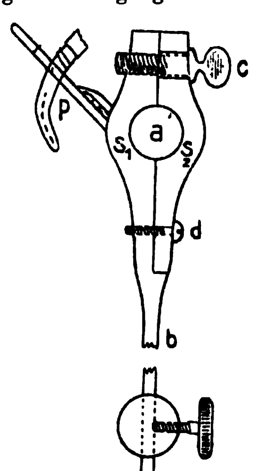
Dr. **Arthur Wodarz,**

Primärarzt der chirurgischen Abteilung am städtischen Krankenhause zu Ratibor.

Die üblichen Stellvorrichtungen an den aktiven Bewegungsapparaten haben, falls sie sicher und fest schließen, den großen Nachteil, kompliziert zu sein.

Ich habe beim Bau solcher Apparate mit bestem Erfolge die Einrichtung der Schelle, welche im Fahrradbau und auch wohl sonstwo verschiedentlich im Gebrauch ist, verwertet.

Die nebenstehende schematische Zeichnung eines Apparates für aktive Handgelenkbewegung wird am schnellsten die Einrichtung verständlich machen.



Die Platte (*p*), auf welcher die Hand festgeschnallt wird, ist mit der runden Achse (*a*) fest verbunden. Die Schelle umschließt die Achse. Sie besteht aus zwei Teilen (s_1 und s_2). An den Berührungsflächen von s_1 und s_2 ist ein schmaler Keil ausgesperrt. Der Teil s_1 ist mit dem Pendel (*b*) fest verbunden. Der Teil s_2 wird durch zwei Schrauben (*c* und *d*) an den Teil s_1 herangezogen. Die Schraube *d* legt die beiden Teile der Schelle nur nebeneinander. Die Schraube *c* (eine Flügelschraube) wird, event. mit dem Feilkloben, möglichst fest angezogen.

Vorausgesetzt, daß die Achse in der Gegend der Schelle einen Durchmesser von mindestens $1^1/_2$ cm hat, sitzt der Pendel selbst bei stärkster Belastung fest.

Die Verstellung der Hand- bezw. Unterarmplatte ist demnach eine äußerst einfache. Es ist lediglich nötig, die Flügelschraube zu lockern, die Platte in die gewünschte Lage zu bringen, und dieselbe Schraube wieder anzuziehen. Aber auch der Mechanismus der Vorrichtung ist ein äußerst einfacher.

Anfangs nur für aktive Hand- und Unterarmbewegungsapparate gedacht, könnte sich die Schelle infolge ihrer Vorzüge (Einfachheit und Sicherheit) auch bei vielen anderen orthopädischen Pendelapparaten Eingang verschaffen. Bei allzu starker Belastung könnte dann die Achse in der Gegend der Schelle, und dementsprechend auch die Schelle selbst mit längs verlaufenden Zähnen versehen oder facettiert werden.

17) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

144. Sitzung am 9. Januar 1905.

Vorsitzender: Herr Schjerning.

1) Herr Pels-Leusden demonstriert einen Pat., der an symmetrischen Lipomen leidet.

2) Herr Schjerning erörtert an der Hand der aus dem russisch-japanischen und unserem südwestafrikanischen Kriege vorliegenden Erfahrungen, daß die dort beobachteten Geschoßwirkungen ganz denen entsprechen, welche bei den Schießversuchen mit den kleinkalibrigen Mantelgeschossen im Frieden festgestellt worden sind. Nahschüsse zeigen deutlich die hydrodynamische Wirkung; auf weitere Entfernungen sind die Wunden gutartiger, bei sehr weiten Entfernungen bewirken die matten Geschosse wieder unregelmäßigere Wundkanäle. Auf drei Verwundete kommt etwa ein Toter; auch in Südwestafrika ist die große Anzahl der Toten auffallend. Artilleriegeschosse bewirken schwerere Verletzungen, die stets als infizierte Wunden anzusehen sind.

3) Herr Grüder: Vorstellung dreier im südwestafrikanischen Kriege Verletzter.

a) Eine Schußverletzung des N. ischiadicus am rechten Oberschenkel ohne Läsion des N. peroneus, also an einer Stelle, wo letzterer den N. ischiadicus bereits verlassen hat, mit entsprechenden Lähmungserscheinungen.

b. Eine Verletzung des N. ulnaris am Oberarme durch einen Längsschuß; das Geschoß traf den Mann, der sich im Anschlage befand; infolge der erst spät möglichen rationellen Behandlung hat sich eine Kontraktur entwickelt, welche mit mediko-mechanischen Maßnahmen bisher erfolglos behandelt wurde.

c. Ein linksseitiger Schädelschuß, der nach einer länger anhaltenden Bewußtlosigkeit eigentümliche Seh- und aphasische Störungen zurückließ, welche sich allmählich gebessert haben.

Diskussion: Herr v. Bergmann spricht für die Nervennaht des N. ulnaris.

Herr Köhler demonstriert unter Anwendung des Kraniometers, daß in Fall c nach Lage des Ein- und Ausschusses das Geschoß ungefähr längs der linken Sylvischen Furche die Schädelhöhle passiert habe.

4) Herr Kob: Beiträge zur Killian'schen Bronchoskopie.

Die untere Bronchoskopie schließt eine wesentliche Lücke in unserer Therapie bei Fremdkörperaspirationen. Ihre Anwendung muß für alle Fälle das Normalverfahren werden, wenn die schwierigere Technik der oberen Bronchoskopie nicht ausführbar ist. K. stellt zwei Kinder aus der Kinderklinik der Charité vor, welche durch die obere Bronchoskopie geheilt sind: einem 3jährigen Knaben wurde $3^1/_2$ Monate nach erfolglos gebliebener Tracheotomie eine Federpose aus dem Bronchus des rechten Unterlappens extrahiert; ein 5jähriges Mädchen wurde am 4. Tage nach der Aspiration von einem Knochenstückchen befreit, das am Ende des rechten Hauptbronchus saß. Zum Beweise, daß auch die obere Bronchoskopie bei schonendem Vorgehen ein verhältnismäßig harmloser Eingriff ist, wird ein 20jähriger Pat. vorgestellt, der trotz putrider Bronchorrhöe und starken Rachenkatarrhs zweimal in Kokainanästhesie ohne nennenswerte Beschwerden aus rein diagnostischen Gründen bronchoskopiert wurde.

5) Herr Schjerning betont die Wichtigkeit der Kenntnis der »Fußgeschwulst« für Militärärzte, da 15000—16000 derartige Erkrankungen alljährlich im Heere festgestellt werden. Es handelt sich dabei um Brüche der Fußwurzelknochen oder um Verletzungen des Periostes dieser Knochen. In den letzteren Fällen zeigt sich eine spindelförmige Callusbildung erst nach längerer Zeit im Röntgenbilde, während man zunächst nichts — auch keine Fraktur — feststellen kann; in den ersteren Fällen ist die Fraktur sogleich im Röntgenbilde zu erkennen. Die früher als Syndesmitis metatarsea bezeichneten Fälle von Fußgeschwulst werden, je mehr man das Röntgenbild zur Kontrolle heranzieht, immer seltener. Bezüglich der Entstehung der Erkrankung schließt S. sich der von Blecher gegebenen Erklärung an. Nach Art und Zeit der Entstehung spielt, wie auch Demuth nach-

gewiesen hat, der mit Unrecht beschuldigte Parademarsch nur eine untergeordnete Rolle.

6) Herr Momburg: Über Stauungshyperämie bei der Behandlung der Fußgeschwulst.

Das in der Deutschen militärärztlichen Zeitschrift 1904 Nr. 1 geschilderte, von M. ausgebildete Verfahren der Behandlung der Fußgeschwulst mit Stauungshyperämie hat sich weiterhin auf das beste bewährt. In den ersten 38 Fällen (16 Brüchen der Mittelfußknochen und 22 einfachen Knochenhautentzündungen) betrug bei Anwendung von Stauungshyperämie die durchschnittliche Behandlungsdauer 14,8 Tage (für Brüche 15,9, für einfache Knochenhautentzündungen 14 Tage).

In weiteren 113 Fällen (51 Knochenbrüchen und 62 Knochenhautentzündungen) betrug die durchschnittliche Behandlungsdauer 14,6 Tage (für Brüche 15,5, für einfache Knochenhautentzündungen 13,9 Tage. Letztere Zahlen entsprechen also völlig den zuerst gefundenen. Die frühere Behandlungsdauer der in Lazarettbehandlung gelangten Fußgeschwülste betrug ca. 27 Tage.

Rezidive, welche ehemals sehr häufig waren, wurden höchst selten beobachtet. Die bei der Entlassung aufgenommenen Röntgenbilder zeigten durchweg an den erkrankten Mittelfußknochen starke Knochenneubildung, deren schnelle Entwicklung der Stauungshyperämie zu danken ist. Durch diese Behandlung wird die große Zahl von 200000 Behandlungstagen, welche die Fußgeschwulst jährlich in der Armee (ohne das bayrische Kontingent) erforderte, wesentlich verringert werden.

7) Herr Georg Schmidt: Dauerergebnisse der mechanischen und operativen Behandlung der Harnröhrenverengerungen.

S. gibt eine Übersicht über die in der v. Mikulicz'schen Klinik in den Jahren 1890 bis Juli 1904 behandelten Harnröhrenzerreißungen und -Verengerungen hinsichtlich der Dauererfolge. Die Harnröhrenverletzungen wurden, falls exspektatives Verhalten und Katheterismus nicht ausreichten, operativ behandelt durch Freilegung der Harnröhre vom Damm aus und Einlegen eines Dauerkatheters in das zentrale Ende; die Harnröhrennaht wurde in günstigen Fällen sofort, sonst nach Ablauf der Reaktionserscheinungen angeschlossen. Von den zehn so behandelten Fällen wurde bei sechs das endgültige Resultat bekannt; drei waren dauernd geheilt, drei hatten eine Verengerung. Harnröhrenverengerungen wurden der Dilatation durch Bougierung unterzogen, falls nicht Urininfiltration, septische Zustände einen sofortigen Eingriff geboten. Bei Undurchgängigkeit und Urinretention diente die Blasenpunktion als vorübergehendes Auskunftsmittel. Gelang die Bougierung auf keine Weise, so wurde die Spaltung der Striktur vom Damme her, wenn möglich mit Resektion und Harnröhrennaht bevorzugt. Das gleiche geschah, wenn die Arbeitsfähigkeit möglichst bald wieder hergestellt werden sollte, wenn zahlreiche Fisteln und falsche Wege vorhanden waren, wenn die Dehnung schwierig oder sehr schmerzhaft war, wenn häufige Rückfälle eintraten. Der innere Harnröhrenschnitt wurde nur ausgeführt, wenn die Radikaloperation vom Damme her abgelehnt wurde und die Striktur der Dilatation starken Widerstand leistete (9mal).

Von 131 Fällen waren 33 traumatischen (= 25%), 88 gonorrhoischen (= 67%), 10 (= 8%) zweifelhaften, meist tuberkulösen oder kongenitalen Ursprunges. Es starben 10 in der Klinik, 1 an Pneumonie 9 Tage nach der Operation, 1 (mit mäßiger Pyelonephritis) im unmittelbaren Anschluß an Operation und Äthernarkose, 8 an dem weit vorgeschrittenen Harnleiden; 2 starben später außerhalb infolge von Rückfällen; das Leiden führte also bei etwa 8% zum Tode, wobei auf traumatische und gonorrhoische Fälle etwa die gleiche Sterblichkeit entfällt, während von den Fällen zweifelhafter Ätiologie 2 = 10% starben. Von 105 Fällen wurden 41% bougiert, 59% vom Damme her operiert; von 30 traumatischen Fällen 22 = 73%, von 69 gonorrhoischen 39 = 56,5% und die 6 zweifelhaften. Die 67 Operationen bestanden 37mal in Resektion mit Naht.

Für Beurteilung der Dauerergebnisse kommen 17 zu kurze Zeit behandelte oder in extremis eingelieferte Fälle nicht in Betracht. Von dem Reste (114) starben 9 in der Klinik, 5 später. Von den übrigen 100 wurde das Endergebnis bei 77 bekannt, und zwar waren 40 = 52% Heilungen, 16 = 21% erhebliche Besse-

rungen, 21 = 27% Rückfälle (die traumatischen 18%, die gonorrhoischen 29%, die zweifelhaften 50%). Von den 27 unblutig Behandelten rezidivierten 30% (6 traumatische = 16,7%, 21 gonorrhoische = 33,3%), von den 44 vom Damme her Operierten 25% (15 traumatische = 13,3%, 26 gonorrhoische = 31%, 3 zweifelhafte = 33,3%. Die auffällige Bevorzugung der traumatischen Fälle in bezug auf das günstige Endergebnis verdient um so mehr Beachtung, als sie zu 73% zur Operation kamen, hauptsächlich also schwere Fälle darstellten.

Erwähnenswert ist, daß eine Harnröhrenquetschung mit nachfolgender Striktur nicht durch ein einmaliges Trauma, sondern dadurch entstand, daß ein Mann mehrere Stunden auf einem Zahnrade sitzend arbeiten mußte, sowie daß einmal die Einpflanzung eines Stückes der inneren Präputialhaut in die resezierte Harnröhre einen sehr guten Dauererfolg brachte. Die hohe Mortalität, die häufigen Rückfälle, die oft langwierige Behandlung mahnen dazu, sowohl die traumatischen wie die gonorrhoischen frühzeitig und lange zu bougieren und von Zeit zu Zeit nachzuuntersuchen. Die hartnäckigeren gonorrhoischen Fälle werden durch frühzeitige sachgemäße Behandlung des Grundleidens verhütet. Die prognostisch von vornherein günstigeren Fälle werden noch günstiger durch die Operation, die gonorrhoischen etwas günstiger, wobei aber zu bemerken ist, daß die Operation durch Narkose, Pneumonie an und für sich Lebensgefahren birgt. Am ungünstigsten sind sowohl der Schwere der Erkrankung wie der endgültigen Heilung nach die Fälle kongenitalen oder tuberkulösen Ursprunges.

8) Herr Lessing: Zur operativen Behandlung der Basedow'schen Krankheit.

Bei einer Krankheit wie der Basedow'schen, deren Äußerungen den größten Schwankungen unterworfen sind, bei der Zeiten der Ruhe und fast ungestörten Allgemeinbefindens mit solchen der schwersten Funktionsstörungen monatelang abwechseln, läßt sich ein objektives Urteil über den Wert unserer therapeutischen Maßnahmen nur unter Berücksichtigung der Dauererfolge gewinnen, während Publikationen auch größeren Krankenmateriales ohne solche Nachuntersuchungen, womöglich nach einer 4—6wöchigen Krankenhausbehandlung abgeschlossen, jeder Wert abzuerkennen ist. — Bezüglich der Pathogenese auf die Ausführungen Sittmann's auf den Naturforschertagen zu München 1899 verweisend, bespricht Vortr. dann die gegen die operative Therapie gemachten Einwände und stellt die Forderung auf, bei schwereren Fällen nach erfolgloser innerer Behandlung lieber etwas zu früh als zu spät zur Operation zu schreiten, da sonst das Gefäßnervensystem dem neuen Chok der letzteren nicht mehr gewachsen ist. In der chirurgischen Klinik der Charité wurde ausschließlich die Exzision der Struma geübt. Obwohl in sieben von den acht seit 1899 operierten Fällen die Schilddrüsenvergrößerung eine diffuse und ihre Hypervaskularisation über allen Strumateilen nachweisbar war, konnte in allen Fällen doch vor oder während der Strumektomie ein sicheres Urteil gewonnen werden, welche Teile die ausgesprochensten Veränderungen aufwiesen und somit deren Exzision die meisten Aussichten auf Heilung bot; ein mehrzeitiges Operieren war daher nicht nötig. Die gefürchteten postoperativen Erscheinungen, kurz als Steigerung der bestehenden Basedowsymptome charakterisiert, traten in sechs von acht Fällen auf. Ein Todesfall betrifft ein 24jähriges Mädchen im akutesten Höhestadium des Leidens, 5 Jahre erfolglos innerlich behandelt, bei der komplizierende Tracheostenose Indikation zum sofortigen Eingriffe gab: Kollaps nach Beginn der Operation. Eine Pat. konnte nicht nachuntersucht werden, bei den übrigen ergab die ärztliche Nachuntersuchung: Vier Pat. (zwei vorgestellt), vor April 1903 operiert, sind wieder vollständig arbeitsfähig; leichtere Grade von Protrusio bulbi, bei einer Pat. eine gewisse Neurasthenie sind zurückgeblieben. Bei zwei anwesenden Pat. ist die Zeit nach der Operation noch zu kurz, um bezüglich des Wertes der operativen Behandlung herangezogen werden zu können; die eine hat ein Kropfrezidiv mit Hypervaskularisation und leichter Luftröhrenkompression; sie schlägt wegen des erheblich gebesserten Allgemeinbefindens die vorgeschlagene Nachoperation ab; bei der zweiten, vor $1^1/_2$ Monaten operiert, sind gleichfalls noch vaskuläre Symptome nachweisbar, die aber seit der

Operation schon sehr zurückgegangen sind, so daß Aussicht auf ihr vollständiges Verschwinden besteht.

Diese guten Ergebnisse ermuntern zur weiteren operativen Therapie des Basedow, solange kein sicheres und rascher wirkendes spezifisches Mittel gefunden ist.

9) Herr Blecher: a. Beitrag zur Behandlung der myelogenen Sarkome des Oberarmes.

B. berichtet an der Hand von Röntgenbildern über einen Fall von myelogenem Sarkom des Humerus, bei dem wegen Spontanfraktur das obere Gelenkende mit der angrenzenden Diaphyse in Ausdehnung von 14 cm subperiostal reseziert wurde. Tamponade der Wundhöhle. Nach langsamem Schluß der Wunde bildete sich im Röntgenbilde nachweisbarer neuer Knochen aus. Schließlich bestand keine Verkürzung, kein Schlottergelenk, doch war die Beweglichkeit wesentlich eingeschränkt.

b. Über Schenkelhalsbrüche bei jugendlichen Personen.

Vorstellung zweier Kranken von 20 resp. 22 Jahren, bei denen im Anschluß an sehr geringfügige Traumen (Fehltritt, Ausgleiten) zuerst eine Infraktion, dann eine Fraktur des Schenkelhalses zustande kam, welche im Röntgenbilde nachgewiesen wurde.

10) Herr Neuhaus: Zur Frage der offenen Wundbehandlung.

N. hat an dem Materiale granulierender Wunden nach Verbrennungen, Phlegmonen usw. der II. chirurgischen Klinik der Charité nachgeprüft, wie weit die jüngst wiederholt gemachten Angaben zutreffend sind, daß solche Wunden ohne Verband, direkt der Luft ausgesetzt, besser heilten, als unter dem üblichen Druckverband. Er fand sie nicht bestätigt. Die Wunden bedeckten sich mit einem Schorf, unter dem sie aber weiter sezernierten. Die Vernarbung ging nicht schneller von statten. Wundinfektionen, Erysipel wurden nicht beobachtet.

Richard Wolff (Berlin).

---

18) **Gebele.** Über Drahtgipsbindenverbände. (Aus der Münchener chirurg. Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 42.)

Die Binden bestehen aus feinem, sehr biegsamem Messingdrahtgewebe, das von Gaze überfalzt und mit Gips imprägniert ist; sie kommen in luftdicht schließenden Blechdosen verpackt in den Handel. Für einen Gehverband bei Unterschenkelbruch bedarf es nur zweier derartiger Binden (10 cm breit, 3 m lang und 6 cm breit, 4 m lang). Die Verbände sind leicht und sehr dauerhaft, stellen sich aber etwas teurer, als der gewöhnliche Holzspangipsverband. **Kramer** (Glogau).

19) **E. Friedheim.** Ein Apparat zur Herstellung jeder Art von Extension. (Aus dem Krankenhause Hamburg-Eppendorf.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 48.)

Der bei Leonhard Schmidt & Co. in Hamburg (Neuer Wall 60) erhältliche, sehr zweckmäßige Apparat hat sich in Kümmell's Krankenhause bestens bewährt. Er besteht aus einer zur Befestigung der Extensionsvorrichtung am Bette dienenden Schraubenklammer mit Öhren für die übrigen vier eisernen Stäbe, die die Rollen usw. tragen. Preis 15 *M*. **Kramer** (Glogau).

20) **O. Langemak.** Über Jutefliesverbände.

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 43.)

Zur Erzielung einer lokalen Hyperämie und Wärmeentwicklung empfiehlt L. Polsterung der kranken Gelenke nach Einfetten der Haut mit Jutefließ in 10 bis 15 cm dicken Lagen, über die zum Luftabschluß ein innen mit Schmierseife bestrichenes Leinwandtuch oder Billrothbattist mit Binden festgewickelt wird. Die örtliche Temperatursteigerung bis 40° hält in diesen Verbänden 3—4 Tage an und macht das erkrankte, versteifte Gelenk geschmeidiger, die Bewegungen leichter aus-

führbar. — Der Juteflies ist billig (1 Pfund = 0,15 ℳ) und in allen Geschäften für Sattler- und Polsterartikel erhältlich. **Kramer** (Glogau).

21) **L. Firth.** On torsion of the spermatic cord.

(Bristol med.-chir. journ. 1904. Dezember.)

Der 23jährige Pat. hatte bereits vor 2 Jahren und vor 8 Wochen Anfälle von schmerzhafter Anschwellung der einen Skrotalhälfte, welche auf leichte Reibungen nach einigen Stunden wieder verschwand. (Vermutlich unvollständige Drehungen des Samenstranges mit spontaner Reposition.) Der jetzige Anfall begann unter den Erscheinungen einer akuten, entzündlichen Orchitis, für welche sich jedoch keine der gewöhnlichen Ursachen feststellen ließ. Die Operation, 4 Wochen nach Beginn des Anfalles, ergab eine Drehung des Samenstranges dicht oberhalb des Hodens und Nekrose des Hodens und Nebenhodens; der Hode samt Nebenhoden lagen mit der Längsachse fast horizontal, mit einem gestielten, verlängerten Mesorchium frei in der Höhle der Tunica vaginalis propria aufgehängt, beweglich, im übrigen aber an normaler Stelle im Hodensack. Entfernung des Hodens, Primärheilung.

Die Vorbedingungen für die Hodendrehung: abnorme Beweglichkeit des Organs durch Stielung und horizontale Inversion (Kocher), waren also in diesem Falle gegeben. **Mohr** (Bielefeld).

22) **Amberger.** Zur Operation eitriger Adnexerkrankungen durch ventrale Laparotomie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 1.)

Verf. erörtert ausführlich die Vorteile der ventralen Laparotomie gegenüber der vaginalen bei eitrigen Adnexoperationen. Er glaubt, daß die Nachteile der ersteren — größerer Chok, Bauchbruch, Peritonitis — auch bei eitrigen Prozessen vermeidbar seien, und ist der Ansicht, daß Verwachsungen, Hernien sich auch bei vaginalen Bauchschnitten nicht vermeiden lassen. Der wesentlichste Vorteil der ventralen Operation ist die bessere Übersicht des Operationsfeldes, die gleichzeitige Möglichkeit, Erkrankungen des Wurmfortsatzes, Stenosierungen und Verwachsungen des Darmes zu Gesicht zu bekommen. Einfache Inzisionen ohne Entfernung der befallenen Tuben und Ovarien hält A. ebenso wie bei Wurmfortsatzerkrankungen für ungenügend, da in dem Erfolg unsicher. Auch läßt sich die Schwierigkeit eines Eingriffes gar nicht von vorn herein beurteilen, und es ist sicher, daß man bei komplizierten Verhältnissen zuverlässiger von oben her operiert. Die gleichzeitige Exstirpation des Uterus mit den Adnexen wurde von Rehn fast nie ausgeübt; wenn möglich, wurde ein Eierstock belassen. Im ganzen wurden 85 Fälle mit ventraler Laparotomie behandelt. Bei der Operation selbst wird auf reichliche Ausspülung mit Kochsalzlösung Wert gelegt. Die Bauchhöhle wird jedesmal geschlossen mit Ausnahme einer kleinen Öffnung, durche welche ein mittelstarker Drain in den Douglas geführt ist. Die Bauchdeckennaht erfolgt in zwei Schichten. Das Drainrohr wird möglichst früh, oft schon am 2. Tage, entfernt. Jodoformgaze kommt nie zur Verwendung, da man bei ihr Sekretstauungen erlebte. Solange die Drains liegen, wird täglich unter geringem Drucke das Sekret durch die Drainröhren ausgespült.

Bei den 85 behandelte Fällen wurden neben den Verwachsungen der Adnexe mit den Därmen solche mit der V. iliaca, mit der Blase und dem Mastdarme beobachtet. In 33 Fällen mußte der Wurmfortsatz mit entfernt werden, da er ebenfalls erkrankt war. 5mal wurde bei der Operation der Darm, 1mal die Blase verletzt, so daß Nahtverschluß angewendet werden mußte. In 5 Fällen wurde auch das Auftreten einer Kotfistel beobachtet. Auch die Fälle, bei denen es zu Bauchdeckeneiterung kam, sind ohne Bauchbruch geheilt. Bei 2 Pat. mußte wegen Ileuserscheinungen am 5. resp. 6. Tage eine zweite Laparotomie gemacht werden. Der Verlauf war danach ein glatter.

Von den 85 Operierten starben 9. 76 verließen geheilt und beschwerdefrei das Krankenhaus. Nur bei zweien bestand bei der Entlassung ein geringes Stumpf-

exsudat. Zur Nachuntersuchung standen nur 10 Pat. zur Verfügung, bei denen die Resultate günstig waren. Aussehen und Arbeitsfähigkeit waren gut, die Bauchnarben widerstandsfähig, Beschwerden fehlten nahezu ganz.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

23) **H. Küttner.** Über subkutane Sehnenscheidenhämatome.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 213.)

Bei einem 20jährigen Studenten beobachtete K. nach Fall auf die ausgestreckte Hand eine Schwellung des Handrückens, die sich unter heftigen Schmerzen unter den Augen des Verletzten entwickelt hatte und in ihrer Ausbreitung genau den Sehnenscheiden des M. extensor digitorum communis nebst Extensor indicis und des M. extensor pollicis longus entsprach. Bei Beugung und Streckung der Finger bewegten sich die Geschwülste mit. Punktiert wurde nicht. Unter komprimierenden feuchten Verbänden und Massage trat binnen 11 Tagen Heilung ein.

M. v. Brunn (Tübingen).

24) **G. Mingramm.** Über die lupöse Verkrüppelung und Verstümmelung der Finger und Zehen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 225.)

Aus der v. Bruns'schen Klinik fügt M. den schon früher von Küttner mitgeteilten elf Fällen von Lupus mit Verkrüppelung oder Verstümmelung fünf weitere Fälle hinzu. Viermal kam es zu Verkrüppelung, nur einmal zu Verstümmelung. M. spricht sich entschieden für eine strenge Trennung dieser beiden Arten von Deformierungen aus. Selbst bei sehr hochgradigen Verkrüppelungen durch Kontrakturen, Subluxationen, Luxationen und Wachstumshemmungen konnte doch stets durch das Röntgenbild die Intaktheit der Knochen nachgewiesen werden.

M. v. Brunn (Tübingen).

25) **M. v. Brunn.** Über Spiralbrüche an den langen Röhrenknochen der unteren Extremitäten.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXIV. p. 655.)

Aus der v. Bruns'schen Klinik wurden im Laufe von 6½ Jahren 140 Frakturen am Oberschenkel und 283 am Unterschenkel beobachtet. Röntgenbilder waren davon 88 bezw. 195 vorhanden. Unter diesen fanden sich 19 Spiralbrüche des Oberschenkels und 36 Spiralbrüche der Unterschenkelknochen, und zwar 11 Spiralbrüche der Tibia mit gleichzeitigem Spiralbruche der Fibula, 9 Spiralbrüche der Tibia mit Biegungsbruch der Fibula, 4 Spiralbrüche der Tibia mit unbekannter Frakturform der Fibula, 2 Spiralbrüche der Fibula mit Biegungs- bezw. Abrißfraktur der Tibia, 9 isolierte Spiralbrüche der Tibia und 1 isolierter Spiralbruch der Fibula verbunden mit Bänderzerreißung des Fußgelenkes. Bei den Oberschenkelspiralfrakturen und den isolierten Spiralbrüchen der Tibia überwog ganz auffällig das Kindesalter. Trotz der oft außerordentlichen Länge der Bruchlinien und Spitzigkeit der Fragmente waren Komplikationen verhältnismäßig selten. Von den Spiralbrüchen am Oberschenkel waren nur 2 kompliziert, ohne daß dadurch eine wesentliche Störung der Frakturheilung bedingt wurde. Am Unterschenkel wurden 4 primäre und 3 sekundäre Durchstechungen beobachtet. Von den primären Durchstechungen führte nur eine zur Infektion mit nachfolgendem langen Krankenlager. Viel unangenehmer waren die sekundären Durchstechungen. Sie sind weder durch bloße Ruhigstellung in einer Schiene, noch durch einen exakt angelegten Gipsverband mit Sicherheit zu vermeiden, sondern nur durch lange fortgesetzten Zugverband. Im allgemeinen ist die Prognose der Spiralfrakturen keine ungünstigere als die anderer Frakturen. (Selbstbericht.)

26) **Lewis.** Double traumatic iliac dislocation of the hip.

(Annals of surgery 1904. November.)

Doppelseitige Hüftverrenkung nach hinten oben (iliaca) durch Überfahren. Einrenkung, Bettlage 4½ Wochen, Heilung ohne Beschwerden.

Aus der Weltliteratur konnte L. im ganzen nur 32 Fälle von doppelseitiger traumatischer Hüftverrenkung sammeln, darunter sechs nach hinten oben (iliaca). Er glaubt, daß in dem beschriebenen Falle die Verrenkung durch Druck auf das Becken bei gebeugten Oberschenkeln hervorgerufen wurde.

Herhold (Altona).

27) **Landau.** Streckbett für Säuglinge mit Oberschenkelbruch.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904. Nr. 50.)

Der Apparat besteht aus einem für Rumpf und Kopf des Kindes zurechtgeschnittenen Brett, an dem für das gebrochene Bein eine Art Galgenpfosten mit Querriegel nach oben außen hervorragt, über welchen der Extraktionsverband geleitet wird. **Borchard** (Posen).

28) **Bergmann** (Essen). Über Gefäßverletzungen in der Kniekehle.

(Festschrift der Huyssens-Stiftung. Essen 1904.)

Die vorliegende Mitteilung des Morian'schen Assistenten ist eine recht bedeutungsvolle. — Zehn Bergleute verunglückten, auf einem Förderkorbe fahrend, dadurch, daß dieser mit großer Geschwindigkeit unten aufschlug. Das Ergebnis war: 6 Kompressionsfrakturen der Tibia am Kniegelenke (2 davon mit Gefäßzerreißung); 5 komplizierte Verrenkungen des Kniegelenkes (sämtlich mit Gefäßzerreißung); 1 Spiralbruch der Tibia, 1 Malleolarbruch.

Alle 5 Knieverrenkungen (3 vordere, 2 hintere) waren durch Zerreißung der Art. poplitea kompliziert und endigten mit Amputation wegen Gangrän (4 Heilungen, 1 Tod an Pneumonie); ebenso endigten die 2 mit Gefäßzerreißung komplizierten Gelenkbrüche der Tibia mit Amputation wegen Gangrän (2 Heilungen).

Indem somit 7 Zerreißungen der Art. poplitea vorlagen, kam nur 3mal Durchreißung der Vene gleichzeitig vor; 1mal war sie geschlitzt, 1mal thrombosiert. An gleichzeitigen Nervenzerreißungen ist nur eine Trennung des Nervus peroneus vorgekommen.

Verf. hat durch Injektionsversuche studiert, inwieweit von einer Ernährung des Unterschenkels nach Unterbindung der Poplitea noch die Rede sein kann. Danach scheint es, daß nur bei Kindern die Zirkulationsverhältnisse mit Hilfe der Artt. articulares einigermaßen günstig liegen. Dafür sprach auch eine in anderem Zusammenhange beobachtete Erhaltung des Beines nach Poplitea-Unterbindung bei einem 3jährigen Kinde. Prognostisch sehr ungünstig sind gleichzeitige starke Weichteilquetschungen.

Verf. steht auf dem Standpunkte, daß man, wenn irgendmöglich, eine Gefäßnaht versuchen soll, und berichtet über eine erfolgreiche und eine erfolglose Naht der verletzten Kniekehlenarterie, beide bei Kniegelenkresektionen entstanden.

Die hübsche Mitteilung verdient ganz gewiß Beachtung.

Schmieden (Bonn).

29) **Wollenberg.** Abrißfraktur der Tuberositas tibiae.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904. Nr. 43.)

W. berichtet über einen 23jährigen Pat., der vor 6 Jahren beim Springen in dem Augenblick, wo er beim Aufsprung in die Kniebeuge ging, plötzlich einen heftigen Schmerz im linken Knie verspürte. Die Kniescheibe soll dabei nach oben gerutscht sein. Das damalige Röntgenbild ergab den Abriß des oberen Teiles der Tuberositas tibiae. Die Funktionsfähigkeit wurde nach Herabziehen der Kniescheibe durch einen Heftpflasterverband und nachfolgende Massage eine so gute, daß Pat. seinen Dienst als Infanterieoffizier vollkommen versehen konnte. Erst in der letzten Zeit stellten sich wieder leichtere Beschwerden ein. Die jetzige Röntgenaufnahme ergab nun, daß das abgerissene Knochenstück stark an Größe zugenommen hatte. **Borchard** (Posen).

30) **Ware.** Fracture of the tibial tubercle.

(Annals of surgery 1904. November.)

Beim Schwingen im Langhang an Ringen kam ein 16jähriger Knabe mit ziemlich starker Gewalt auf die Füße nieder. Er verspürte heftige Schmerzen im

rechten Knie, dasselbe schwoll an; unter Krepitationsgefühl war das Tuberkel des Schienbeines verschieblich. Das Bruchstück wurde nach Reposition durch Heftpflasterstreifen festgehalten und das Bein eingegipst. Heilung; doch blieb das Knie noch eine Zeitlang steif.

Nach W. hat das Tuberkel nur in Ausnahmefällen einen eigenen Ossifikationskern; daher handelt es sich meistens um einen Bruch und nicht um eine Epiphysenlösung. Der Erguß im Kniegelenke wird bei diesen Verletzungen dadurch hervorgerufen, daß der unter dem Lig. patellae liegende Schleimbeutel mit dem Kniegelenke kommuniziert. **Herhold** (Altona).

31) **H. Moses.** Beitrag zum Wesen der kongenital-syphilitischen »Tibia en lame de sabre«.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 718.)

Aus der Garrè'schen Klinik teilt Verf. einen Fall der eigenartigen hereditär syphilitischen Deformität mit, der einen 24jährigen Mann betraf. Die Verkrümmungen waren so stark, daß Beschwerden beim Stehen und Gehen dadurch hervorgerufen wurden. Es wurde daher durch Keilosteotomie eine Geradestellung erstrebt mit befriedigendem Erfolge.

Den pathologisch-anatomischen Prozeß stellt sich Verf. so vor, daß eine rarefizierende Panostitis das Primäre ist. Der Entzündungsreiz veranlaßt das Periost zur Knochenneubildung, er bewirkt ferner ein gesteigertes Längenwachstum. Daraus folgen Verdickung, Verkrümmung und Verlängerung der Tibia. In der Umgebung der gummösen Bezirke entwickelt sich eine reaktive Sklerose, in welche schließlich auch der neugebildete spongiöse Knochen mit einbezogen wird. Die hochgradige Sklerosierung konnte bei der Operation konstatiert werden.

Anschließend erörtert Verf. die pathognomonische Bedeutung der Säbelscheidentibia und bespricht besonders die ähnlichen Gestaltveränderungen, die, wenn auch selten, bei Rachitis und Osteomyelitis beobachtet werden.

M. v. Brunn (Tübingen).

32) **E. Finckh.** Zur Säbelscheidenform der Tibia bei Syphilis hereditaria tarda.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 709.)

Aus der v. Bruns'schen Klinik beschreibt F. einen sehr ausgesprochenen Fall der genannten Mißstaltung bei einem 24jährigen Mädchen. Durch die sehr genaue Anamnese, durch welche die hereditäre Belastung auf der einen, das späte Auftreten des Leidens auf der anderen Seite zweifellos festgestellt wird, gewinnt der Fall besonderen Wert. Daß es sich nicht um eine scheinbare, sondern um eine wirkliche Verkrümmung der Tibia handelt, geht aus den beigegebenen Röntgenbildern zweifellos hervor. **M. v. Brunn** (Tübingen).

33) **Toussaint.** Exostoses mobiles et bursite traumatique de la patte d'oie.

(Arch. de méd. et de pharm. milit. 1904. Nr. 11.)

Infolge eines Sprunges entwickelte sich bei einem 16jährigen jungen Mann an der Innenseite der Tibia unmittelbar unterhalb der Ansatzstelle der Oberschenkelmuskel-Sehnen (patte d'oie) eine hühnereigroße Anschwellung. Bei der Operation zeigte es sich, daß es sich um einen entzündeten Schleimbeutel handelte, welcher außer einer hellgelben Flüssigkeit drei nußgroße, freibewegliche Osteochondrome enthielt (Exostosis mobilis bursata). Durch die Operation wurde völlige Heilung erzielt. **Herhold** (Altona).

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie.
1905.

Der 34. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie findet vom 26. bis 29. April 1905 in Berlin im Langenbeckhause statt.

Die Begrüßung der zum Kongreß sich versammelnden Mitglieder geschieht am Dienstag, den 25. April, abends von 8½ Uhr ab im »Heidelberger«, Zimmer 5 (Eingang von der Dorotheen-Straße, Ecke der Friedrich-Straße). Daselbst wird auch das Verzeichnis der angemeldeten Vorträge ausgegeben, und werden Mitgliedskarten gegen Erstattung des Jahresbeitrages verabfolgt.

Die Eröffnung des Kongreßes findet am Mittwoch, den 26. April, vormittags 10 Uhr im Langenbeckhause statt. Die Mitgliedskarten müssen beim Eintritt vorgewiesen werden.

Während der Dauer des Kongreßes werden daselbst Morgensitzungen von 9 bis 12½ Uhr und Nachmittagssitzungen von 2 bis 4 Uhr abgehalten werden.

Die Vormittagssitzung am Mittwoch, den 26. April, und die Nachmittagssitzung am Freitag, den 28. April, sind zugleich Sitzungen der Generalversammlung.

In die Tagesordnung für die erste Sitzung der Generalversammlung, am Vormittag des 26. April, sind nach § 16 der Statuten in erster Linie aufgenommen:

1. Bericht des Vorsitzenden über die Tätigkeit der Gesellschaft und die Vorkommnisse im abgelaufenen Geschäftsjahr.

2. Entgegennahme des Berichtes der Bibliothekkommission.

3. Wahl des stellvertretenden Vorsitzenden, des 2. Schriftführers und der vier anderen Mitglieder des Ausschusses, welche einer Erneuerungswahl unterliegen (§ 9).

In der 2. Sitzung der Generalversammlung, am Freitag, den 28. April, nachmittags, wird der Vorsitzende für das Jahr 1906 gewählt.

Um der Überfülle von Material zu steuern, und um Zeit für Diskussionen wichtiger Themata zu gewinnen, hat der Ausschuß der Gesellschaft in seiner Sitzung vom 5. Januar d. J. eine Neuordnung der Geschäftsordnung beschlossen. Die Herren Mitglieder werden auf die unten beigefügten Bestimmungen derselben besonders aufmerksam gemacht.

Die Ankündigungen von Vorträgen und Demonstrationen bitte ich bis zum 11. März d. J. an meine Adresse (Fluntern-Zürich) gelangen zu lassen unter gefälliger Beachtung der betreffenden Bestimmungen der neuen Geschäftsordnung.

Von auswärts kommende Kranke können im Königlichen Klinikum (Berlin N., Ziegelstraße 5—9) Aufnahme finden. Präparate, Apparate, Instrumente usw. sind mit Angabe ihrer Bestimmung an Herrn Melzer (Berlin N., Ziegelstraße 10—11, Langenbeckhaus) zu senden. Derselbe ist auch ermächtigt, Beiträge zum Besten des Langenbeckhauses, Zuwendungen für die Büchersammlung, sowie die Jahresbeiträge der Mitglieder entgegen zu nehmen. Zur Vermeidung von Irrtümern wird um Aufbewahrung der Quittungen gebeten.

Die Mitgliedskarten, welche beim Eintritt in den Saal vorzuweisen sind, werden gegen Einsendung des Jahresbeitrages für 1905 an Herrn Melzer (Berlin N., Ziegelstraße 10—11, Langenbeckhaus) bis zum 15. April, von diesem per Post zugesandt. Dieselben können auch gegen Einzahlung des Beitrages am Dienstag, den 25. April (8—1 Uhr) im Langenbeckhause in Empfang genommen werden. Da der Andrang am Morgen des Eröffnungstages ein sehr großer zu sein pflegt, werden die Herren Mitglieder hierauf besonders hingewiesen.

Eine Ausstellung von neuen Instrumenten, Apparaten und Gegenständen der Krankenpflege ist wie alljährlich in Aussicht genommen (Anmeldung bei Herrn Melzer).

Anmeldungen zur Aufnahme neuer Mitglieder bitte ich bis Montag, den 24. April, an den ersten Schriftführer, Herrn Prof. Dr. W. Körte (Berlin W. 35, Potsdamerstraße 39), zu richten. Die Anmeldung muß die genaue Adresse des

Vorgeschlagenen (Name, Titel, Wohnort) enthalten und mit der eigenhändigen Unterschrift dreier Mitglieder der Gesellschaft versehen sein. Formulare für diesen Zweck können von Herrn Melzer bezogen werden. Die Aufnahme neuer Mitglieder findet in der Ausschußsitzung am Dienstag, den 25. April, vormittags und nach Bedürfnis auch während des Kongroßes statt. Die am Dienstag aufgenommenen neuen Mitglieder können gegen Erlegung des Beitrages an Herrn Melzer die Mitgliedskarten von demselben am Begrüßungsabend, sowie am Mittwoch, den 26. April, von 8 Uhr an im Langenbeckhause entgegen nehmen.

Für die Diskussion auf dem diesjährigen Kongreß sind, soweit die Zeit und die Zahl der angemeldeten Vorträge es gestatten, folgende Themata in Aussicht genommen:

1. Über die Größe der Unfallsfolgen bei unblutiger und blutiger Behandlung der subkutanen Querfraktur der Patella.

2. Zur Perityphlitisfrage: Über den günstigsten Zeitpunkt des operativen Einschreitens.

3. Über Vorkommen, Ursachen und Verhütung der postoperativen Pneumonien nach Bauchoperationen.

4. Welche Indikationen, resp. Kontraindikationen sind für die Nephrektomie, insbesondere bei Nierentuberkulose, auf Grund der neuesten Erfahrungen bei Verwertung der funktionellen Nierendiagnostik aufzustellen?

Zürich, den 17. Januar 1905.

R. U. Krönlein,
Vorsitzender für das Jahr 1905.

Geschäftsordnung
nach Beschluß des Ausschusses vom 5. Januar 1905.

§ 1. Der Vorsitzende setzt die Tagesordnung fest und bestimmt die Zahl und Reihenfolge der Vorträge und Demonstrationen.

§ 2. Die Themata der anzumeldeten Vorträge und Demonstrationen sind dem Vorsitzenden mit kurzer (leserlicher) Inhaltsangabe bis 6 Wochen vor dem Kongreß einzureichen.

§ 3. Der Vorsitzende stellt in der Regel nicht mehr als 70 Vorträge und Demonstrationen auf die Tagesordnung. Ein Überschreiten dieser Zahl ist seinem Ermessen anheimgestellt.

§ 4. Vorträge, deren Inhalt bereits veröffentlicht ist, können nur in Form eines knappen Auszuges oder einer kurzen Demonstration zugelassen werden.

§ 5. Die Vorträge dürfen bis zu 15 Minuten, die Demonstrationen bis zu 5 Minuten dauern. Der Vorsitzende hat das Recht, die Zeit um höchstens 10 Minuten zu verlängern.

§ 6. Die Vorträge werden frei gehalten. Der Vorsitzende kann auf vorherigen Antrag des Vortragenden Ausnahmen von dieser Regel zulassen.

§ 7. Die Reden in der Diskussion dürfen 5 Minuten, oder auf Zulassung des Vorsitzenden einige Minuten länger dauern.

Röntgen-Kongreß in Berlin.

Vom 30. April bis 3. Mai 1905 findet unter dem Ehrenvorsitz Sr. Excellenz des Herrn Geh.-Rat. Prof. Dr. v. Bergmann in den Räumen der »Ressource« (Oranienburger-Straße 18) am Monbijouplatz ein Röntgen-Kongreß statt, verbunden mit einer Röntgen-Ausstellung, deren medizinischer Teil alle Zweige der Heilkunde umfaßt.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 7. **Sonnabend, den 18. Februar.** **1905.**

1) **F. Merkel.** Handbuch der topographischen Anatomie zum Gebrauch für Ärzte. Dritter Band.

Braunschweig 1903/04. Erste Lieferung 244 S., 97 Fig.; zweite Lieferung 163 S., 60 Fig.

Von dem an dieser Stelle schon mehrfach angezeigten Handbuche der topographischen Anatomie von M. sind in den letzten 2 Jahren wieder zwei Lieferungen erschienen (Bd. III, Lfg. 1 u. 2). Sie behandeln die topographische Anatomie des Beckens und die Weichteile desselben bei beiden Geschlechtern. Da die Anlage des Werkes in diesem Blatte schon wiederholt besprochen wurde, so genügt es hier festzustellen, daß auch bei diesen Teilen der praktische Gesichtspunkt überall im Vordergrunde der Schilderung steht, und daß wohl keine Frage, die der Praktiker etwa an den Anatomen stellen könnte, unbeantwortet bleibt. Der Begriff »topographische Anatomie« erschöpft den Inhalt des Werkes nicht, das vielmehr alle anatomischen Tatsachen, die für den Mediziner von Wichtigkeit sind, eingehend und doch ohne Weitschweifigkeit bespricht. Mit dem Schlußabschnitte des dritten Bandes

der die Extremitäten behandeln soll, wird das ganze Werk zum Abschluß kommen.

E. Gaupp (Freiburg i. B.).

2) **Orth.** On the morphology of carcinoma and the parasitic theory of its etiology.

(Annals of surgery 1904. Dezember.)

In dem auf dem internationalen Kongreß zu St. Louis gehaltenen Vortrage erörtert O. die Morphologie und die parasitäre Natur des Krebses. Morphologisch ist der Krebs dadurch charakteristisch, daß er nur aus Epithel entstehen kann, d. h. aus Umwandlung von Epithelzellen in Krebszellen. Jedoch ist nicht jede Epithelzellenhyperplasie an sich krebsig, sondern nur dann, wenn sie als Zapfen in das unterliegende Gewebe einwächst. Die Verbreitung des Krebses geschieht nur durch Verschleppen von Krebszellen durch Lymph- oder Blutgefäße. Das Stroma der Krebsgeschwulst ist etwas Nebensächliches; es gibt Krebse ohne jedes Stroma; andererseits kann ein Stroma durch das Bindegewebe des vom Krebs befallenen Organes gebildet werden. Jeder Krebs müßte nach vorstehendem als Epitheliom, und zwar als Epithelioma aberrans bezeichnet werden. Zwei Typen sind zu unterscheiden: 1) solche, welche eine typische Anordnung der Krebszellen zeigen (glanduläre Typen, hauptsächlich aus Zylinderzellen bestehend); 2) solche ohne typische Anordnung (Cancroide mit epidermisähnlichem Gewebe). Daß der Krebs durch Parasiten hervorgerufen wird, ist bis jetzt durch nichts bewiesen, aber nicht unmöglich; jedenfalls könnte es sich dann nur um einen intrazellulären Parasiten handeln, da die verschleppte Krebszelle bei der Metastase bis jetzt die Hauptrolle spielt.

Herhold (Altona).

3) **Dyball.** Parotitis following injury of disease of the abdominal and pelvic viscera.

(Annals of surgery 1904. Dezember.)

Die Parotitis kann nach allen möglichen an den Unterleibseingeweiden ausgeführten Operationen und nach Verletzungen dieser Organe auftreten; besonders häufig wird sie nach an den Geschlechtsorganen ausgeführten Eingriffen — Ovariotomien z. B. — beobachtet. Es kann die Erkrankung einseitig oder doppelseitig sein, zur Eiterung braucht es nicht zu kommen; doch kann sie leicht eintreten, da die Drüse in dem Zustande ein locus minoris resistentiae für das Eindringen von Mikroben ist. Die Symptome bestehen in Schmerzen und leichter Temperaturerhöhung. Ätiologisch verwirft D. die pyämischen Ursachen, die orale Sepsis und die Reflextheorie. Er glaubt vielmehr, daß Toxine durch die im Unterleibe sich abspielenden Prozesse gebildet werden und die Entzündung der Speicheldrüse auf dem Blutwege verursachen.

Herhold (Altona).

4) **Clemm** (Darmstadt). Über Heftpflasterverbände zur Stützung der Baucheingeweide.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. II. Hft. 3.)

Mancherlei Krankheiten der Leibeshöhle, wie z. B. Fälle von Magenverengerungen und -Erweiterungen bei schweren Formen der Magenentzündungen, Magen- und Duodenalgeschwür, alle Formen der Darmerschlaffung wie des Dickdarmkrampfes und Entzündungen desselben, Gallensteinkrankheit und Blinddarmkrankheit, will Verf. durch Anlegen eines Heftpflasterverbandes günstig beeinflussen. Er benutzt zu diesem Verbande ein Beiersdorf'sches Leukoplast oder ein Dietrich'sches Zink-Kautschukpflaster, das er sich nach Art einer Leibbinde am liebsten selbst zuschneidet. Dieser Verband benutzt die Darmschaufeln als Auflager und Richtungserteiler, ohne jedoch dieselben zu bedecken. Um überall eine gleichmäßige Anschmiegung am Leibe zu erzielen, bedarf es nur noch kleiner Einkerbungen rechts und links vom Nabel. Über die Pflasterbinde legt Verf. stets eine Mullbinde, die etwa hervorquellende Pflastermasse vor der Verklebung mit dem Unterzeuge schützen soll. **Hartmann** (Kassel).

---

5) **V. Mahar.** Traitement de l'appendicite aiguë. Indications opératoires.

Paris, **J.-B. Baillières et fils,** 1904. 121 S.

Die vorliegende Arbeit wird dadurch besonders interessant und gewinnt einen internationalen Charakter, daß M. einmal ein reiches, ihm direkt zur Verfügung stehendes Material verwertet, dann aber auch sich an alle in den letzten Jahren in der Appendicitisfrage besonders hervorgetretene Autoren gewandt hat und deren Mitteilungen mit verwertet. Zunächst gibt er einen historischen Überblick über die Entwicklung, welche die Frage der Appendicitisbehandlung genommen, und kommt zu dem Schluß, daß man heute die Appendicitis in allen ihren Formen als eine chirurgische Erkrankung anzusehen habe, und nur darüber noch verschiedene Auffassungen beständen, wann das Messer des Chirurgen eingreifen solle. Auf Grund seiner Sammelforschung, durch welche ihm rund 450 innerhalb der ersten 48 Stunden und über 2000 später operierte Fälle von Appendicitis zur Verfügung stehen, findet er die größte Sterblichkeit am 5. und 6. Tage, die geringste bei Operationen in den ersten 2 Tagen und nach dem 9. Tage. Daraus folgert er »1) une période d'opérabilité précoce und 2) une période d'opérabilité tardive ou à froid«.

Im weiteren geht er dann zunächst auf die Frühoperation (l'operation précoce) ein. Die derselben allgemein nachgesagten Vorteile begründet er aus den pathologisch-anatomischen Verhältnissen, welche man in den ersten 2×24 Stunden des akuten Anfalles findet. Die klinischen Symptome lassen die wirklichen Veränderungen nicht immer mit Sicherheit erschließen, und auch aus diesem Grunde ist es besser,

so früh wie möglich zu operieren. Aus seinem Materiale berechnet Verf. dann eine Sterblichkeit von 2 bis höchstens 4% für die Frühoperation bei den Fällen, welche von vornherein mit septhämischen Erscheinungen, schwerem Ikterus und Leberschwellung auftreten. Im übrigen widerlegt er die gegen die Frühoperation geltend gemachten Einwände kurz aber treffend. Als Anhang folgen die Krankengeschichten von einschlägigen Fällen im Auszug.

Im zweiten Teile werden die therapeutischen Indikationen für die Fälle akuter Appendicitis, welche nicht in den ersten 2 Tagen dem Chirurgen in die Hände fallen, besprochen. M. findet nun, daß in diesen Fällen beim unmittelbaren Operieren eine Sterblichkeit von 15% besteht, dagegen bei abwartender Behandlung und Operation im Intervall eine solche von kaum 8%. Dieser Umstand wie die Tatsache, daß von 100 Appendicitiden, welche nach dem 2. Tage zur Beobachtung kommen, mindestens 85 unmittelbar in Heilung übergehen, lassen Verf. zu dem Schluß kommen, daß es vorteilhaft ist, nicht in jedem Falle und sobald wie die Diagnose sicher gestellt ist zum Messer zu greifen. Es wird dann eingehend besprochen, welche Bedeutung die einzelnen Symptome sowohl für sich allein als in Beziehung zueinander haben, und in welcher Weise sie der Chirurg im einzelnen Falle bei seiner Entschließung zum operativen Eingriff verwerten soll. Des weiteren werden dann die Maßnahmen, welche bei abwartender Behandlung zu befolgen sind, sowie die Frage, wann, wenn nicht im akuten Anfall, operiert werden soll, erörtert. Aus der kurzen Besprechung der operativen Technik sei hervorgehoben, daß M. abrät, unter allen Umständen den Wurmfortsatz mit entfernen zu wollen, und als zweckentsprechendsten Schnitt den am Rand des Rectus empfiehlt.

Dettmer (Bromberg).

---

6) **Ch. Julliard.** De la valeur clinique de la courbe leucocytoire dans les maladies chirurgicales et en particulier dans l'appendicite. État de la question.

(Revue de chir. XXIV. ann. Nr. 5, 7 u. 8.)

Trotz der kurzen Zeit, seit welcher die Cytodiagnostik für die chirurgische Indikationsstellung Verwendung findet, ist die Zahl der Publikationen fast unübersichtlich geworden, und es ist sehr zu begrüßen, daß Verf. einen klaren Überblick über das zurzeit Wesentliche und praktisch Wertvolle zu geben sich bemüht hat. Beträgt doch die Zahl der berücksichtigten Arbeiten — Literaturverzeichnis Nr. 8 — nicht weniger als 335! Das Hauptinteresse konzentriert sich naturgemäß um die Appendicitis, für deren oft so wechselvolle und überraschende Wendungen wiederholt in der Blutuntersuchung entscheidende Hinweise gefunden sein sollten. Durch zahlreiche eigene Beobachtungen hat J. insofern wesentlich zur Förderung der Frage beigetragen, als er methodisch anstelle der Einzelzählungen die Aufzeichnung der Leukocytenkurve setzte, die allein gestattet, den Gang der Dinge genau zu verfolgen. Ebensowenig wie man aus einmaligem

Temperaturanstieg Schlüsse auf Anwesenheit von Eiter ziehen könne, dürfe das einmalige Fehlen der entzündlichen Leukocytose als Beweis gegen dessen Vorhandensein gelten; bei kritischer Berücksichtigung aller sonst bekannten klinischen Symptome wird man aus folgenden Ergebnissen Nutzen ziehen: Als untere Grenze der für Eiterbildung bei Appendicitis bezeichnende Leukocytenzahl ist 25000 zu betrachten. Deshalb wird die Kurve bei nicht eitriger Entzündung zwischen 9- bis 10000 und 25000 schwanken, selten höher steigen. Bei den eiterbildenden Formen bewegt sich die Kurve 2—3 Tage lang oberhalb der 25000. Neigung zum Ansteigen deutet auf Ausbreitung, Abfall auf Nachlaß der Eiterbildung und Erkalten. Bei gangränöser Appendicitis mit ernstem Krankheitsbild und niedriger Kurve ist die Vermutung auszusprechen, daß der Organismus gegenüber der Infektion versagt, während hohe Leukocytenkurve für eitrige Peritonitis spricht. »Während der ersten 48 Stunden gewährt die Prüfung der Leukocytose keine brauchbaren Handhaben für die Prognose.« Mit diesen Worten raubt J. der Methode den größten Teil ihres Wertes für die schweren Fälle, die bisher der Beurteilung die meisten Schwierigkeiten geboten haben und mehr wie alle anderen nach sicheren prognostischen Anhaltspunkten verlangen. Man wird also nach wie vor am besten tun, sie noch vor Ablauf der 48 Stunden zu operieren.

Bei Unterleibsentzündung des Weibes zeigt eine Leukocytose von über 14000 die Anwesenheit von Eiter an trotz fehlenden Fiebers.

Sehr hohe Grade — bis 90000 — erreicht die Vermehrung der weißen Blutkörperchen bei Leberabszessen. Bei Septhämie, wo die Zahl der roten Blutkörperchen beträchtlich vermindert sein kann, wird eine scheinbar mäßige Vermehrung der weißen doch eine hohe Leukocytose bedeuten. Für die Beurteilung der Neubildungen leistet uns die Leukocytenkurve zurzeit noch nichts praktisch Verwertbares. Die Leukocytose ist geringer als bei entzündlichen Vorgängen und wächst, wenn sich solche in Neubildungen entwickeln. Auch für die Unterscheidung zwischen Magengeschwür und Karzinom ist die Leukocytose nicht ausschlaggebend. Wertvoller schon ist die Vergleichung der Verdauungsleukocytose; diese kann bei Karzinom, jedoch schon bei atrophischem Katarrh, fehlen, während sie konstant bei Geschwür vorhanden ist. Nachweisbarer Krebs und Vorhandensein der Leukocytose auf der Höhe der Verdauung würde ein günstiges Symptom darstellen und zu frühzeitiger Operation auffordern. Endlich ist auch die Cachexia strumipriva mit Leukocytose verbunden, die sogar prämonitorischen Wert besitzt, da sie vom Augenblick der Operation bis zum Eintritt der Ausfallserscheinungen beständig zunimmt.

Die Arbeit scheint besonders deshalb so schätzenswert, als sie mit großer Offenheit uns lehrt, wie wenig verläßlich zurzeit noch diese Ergebnisse der Blutkörperchenzählungen sind, und daß sie vorläufig lediglich erst wissenschaftliches Interesse bieten und der Hauptwert bei Diagnose- und Indikationsstellung vorab noch auf exakte klinische Beobachtung und Analyse der bekannten Symptome zu legen ist.

Christel (Metz).

---

7) **Karewski.** Klinische und anatomische, sowie experimentelle Beiträge zur Kenntnis der inguinalen und cruralen Blasenhernien.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 2.)

K. hat im ganzen fünf Fälle von Blasenbrüchen beobachtet. Der eine Fall war so gut klinisch charakterisiert, daß auch ohne Operationsbefund nicht an der Diagnose zu zweifeln ist. Zweimal wurde cystoskopisch die Diagnose bestätigt, einmal ward während des Eingriffes der Blasenbruch erkannt und einmal unbeabsichtigt die Blase mit abgebunden. Dreimal handelte es sich um Schenkelbrüche. Alle Pat. waren frei von Symptomen der Blasendislokation, die wohl zu Unrecht als Ursache der Blasenbrüche galt. Bei allen Operierten fiel der große Fettreichtum der Blase auf, der zweimal zu umfangreichen Lipombildungen am Bruche geführt hatte.

Verf. ging darauf aus, durch Versuche an der Leiche festzustellen, ob die normale Blase in ihren verschiedenen Füllungszuständen zu den erweiterten Bruchpforten Beziehungen hat, welche bei der Bruchsackunterbindung die Gefahr einer Verletzung nahe legen. Diese Experimente lehrten, daß die leere Blase tief in das Becken zurücksinkt und an den Bruchpforten weder tast- noch sichtbar ist. Wenn man aber dicht am äußeren Leistenringe die Fascia transversa und das am medialen Rande gelegene präperitoneale Fett mit einer Klemme ergreift, die schräg nach unten gerichtet ist, so folgt die Blase dem Zuge des Instrumentes. In einigen Fällen gelang es auch bei leerer Blase, auf diese Weise ein kleines Divertikel herauszuzerren. Zug an der Fascia vesicae und am prävesikalen Fett erzeugt eine Ausstülpung der Blasenwand, die man ohne Blasenverletzung bis zur Bildung eines fingergliedförmigen Divertikels steigern kann. Dasselbe zieht sich bei stärkerer Füllung des Hohlraumes zurück, so daß es wieder völlig verschwindet. Es ergibt sich also, daß bei Personen jeden Alters ohne Blasenverlagerung und Lipombildung eine ziemlich innige Beziehung zwischen den Bruchpforten und dem Blasenüberzuge besteht, und daß jede Zerrung an diesem, also auch eine hoch angelegte Ligatur, eine Ausbuchtung der Blasenwand erzeugen kann, welche dann bei dem Eingriffe leicht durchschnitten wird. Die Gefahr ist um so größer, je größer die Bruchpforte ist. Jedenfalls ist es sicher, daß bei großer Bruchpforte und alten Hernien, selbst bei Fehlen von adhäsiven Prozessen am Bauchfell und an den Bruchhüllen, relativ leicht eine dauernde Verlagerung lateralwärts zustande kommen kann, die ohne eigentliche Cystokele doch die Blasenabklemmung durch Ligatur mit späterer Fistelbildung ermöglicht. Eine Schwächung und Veränderung der Blasenwand ist zur Entstehung eines Blasenbruches nicht notwendig, fördert dieselbe indessen. Man kann demnach behaupten, daß Teile der Blasenwand in einer gewissen Zahl von Fällen als integrierender Bestandteil der Bruchhüllen zu betrachten sind, vor dessen Verletzung man sich zu hüten hat. Damit hält Verf. auch den Beweis

für erbracht, daß eine große Zahl der als Blasenbruch beschriebenen Beobachtungen zwar keine Kunstprodukte sind, aber in das Gebiet zufälliger Verletzungen gehören und deshalb aus der Zahl der echten Herniae vesicales zu streichen sind.

Was die Diagnose einer Cystokele anlangt, so sind die klinischen Symptome recht unsicher. Erschwerungen der Harnabsonderung, schmerzhaftes Harnen, zumal mit dem gleichzeitigen Auftreten von Einklemmungserscheinungen, sollen immer an das Leiden denken lassen. Zuverlässig für die Erkenntnis ist aber allein die Cystoskopie, welche die Verlagerung zum Orte des Bruches zeigt. Zur Vermeidung von Blasenverletzungen bei Bruchoperationen soll Pat. stets vor dem Eingriffe katheterisiert werden, und außerdem soll man stets bei der Ligatur des Bruchsackes und bei der Versorgung der Gefäße an seiner medialen Seite sehr vorsichtig verfahren.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

8) **H. Heegard.** Über Ovarialhernien.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 2.)

Verf. gibt in dem ersten Teile seiner Arbeit ein umfangreiches Referat über die verschiedenartigen Meinungen, welche man bisher über die Entstehung der inguinalen Ovarialhernien hatte. Er sucht zu beweisen, daß die Voraussetzung, von welcher man bei der Aufstellung der Theorien über die Pathogenese der Anomalie ausgegangen ist, nicht den wirklichen Verhältnissen entspricht. Diese Voraussetzung geht nämlich dahin, daß normalerweise der sog. Nuck'sche Kanal beim weiblichen Geschlecht vorhanden sei und eine peritoneale Ausstülpung nach Analogie des Proc. vaginalis beim Manne bilde. Indessen ist diese Ausstülpung des Bauchfells nach den Untersuchungen H.'s nur eine Ausnahme, und es handelt sich bei ihr auch keineswegs um eine Ligamentwirkung wie beim Lig. Hunteri. Steht der Leistenkanal jedoch offen, so machen es die längliche Form und die glatte Oberfläche des kindlichen Ovariums in Verbindung mit der relativ großen Beweglichkeit des Organes verständlich, daß dasselbe aus seiner wenig unterstützten Lage durch den Kanal hinabgleiten kann, wenn die Bauchpresse durch Schreien, Husten, Druck der Nabelbinde usw. vermehrt wird. An der Hand der Krankengeschichte eines selbst beobachteten Falles befürwortet Verf. die Richtigkeit dieser Annahme, welche das Erfordernis einer Ligamentwirkung erübrigen läßt, die weder in der Embryologie noch in der Anatomie Anhaltspunkte bietet. Auch was die Fälle betrifft, in denen sich inguinale Ovarialhernien bei Mißbildung der weiblichen Genitalien finden, so gilt auch für diese komplizierteren Befunde, daß aller Wahrscheinlichkeit nach dieselbe Ätiologie eine Rolle spielt wie bei den einfacher gelegenen Fällen; d. h. es muß das Hauptgewicht auf das Vorhandensein eines Bruchsackes im Leistenkanale gelegt werden. Dasselbe gilt drittens auch für die im späteren Leben erworbenen Ovarialhernien. Auch bei ihnen ist die Möglichkeit einer Verlagerung des Eierstockes in früherer Zeit

schon vorhanden gewesen, wahrscheinlich ist aber die Gelegenheitsursache zu dem Ereignis, die Erhöhung des intraabdominalen Druckes, zufälligerweise ausgeblieben, vielleicht waren auch die Ligamente kurz und verhinderten so den Eintritt in den Leistenkanal zu dem günstigen Zeitpunkte.

Die cruralen Ovarialhernien entsehen meist im späteren Lebensalter, und für ihre Pathogenese sind dieselben Verhältnisse gültig wie für die inguinalen. Selten, bisher 4mal veröffentlicht, sind Ovarialhernien durch das Foramen ischiadicum.

Den Bruchinhalt bilden bei jugendlichen Individuen Eierstock und Eileiter gemeinsam, bei später erworbenen Hernien ist öfters der Eierstock allein im Bruchsacke gefunden worden. Daneben natürlich auch schon andere Organe: Darmschlingen, wie der normal oder pathologisch gestaltete Uterus. Die im Kindesalter entstandenen Ovarialhernien werden wegen des Wachstums des Organes in der Regel bald irreponibel.

Der in einem Bruche befindliche Eierstock schwillt meist bei jeder Menstruationsperiode an. Diese Fluxion wurde selbst dann beobachtet, wenn der Uterus mangelhaft entwickelt war. Häufig sind sehr heftige Schmerzen in der Zeit der Menses, wahrscheinlich deshalb, weil die letzteren ein chronisch entzündetes Organ treffen. Die Folge der abnormen Lage des Eierstockes kann ferner das leichte Auftreten einer Extra-uterin-Gravidität sein, weil das befurchtete Ei schwer in den Uterus gelangt. Jedenfalls wird aber die physiologische Funktion des Eierstockes durch seine Lage im Bruche nicht aufgehoben. Häufig sind Stieldrehungen des Organes, welche ebenfalls schwere, inkarzerationsähnliche Erscheinungen hervorzurufen vermögen; außerdem trifft man nicht selten eine cystische Degeneration des betreffenden Eierstockes.

Die Symptome der Ovarialhernien wechseln außerordentlich, so daß es nicht möglich ist, ein ganz typisches klinisches Bild aufzustellen. Am wichtigsten für die Diagnosestellung sind die eben beschriebenen periodischen Anschwellungen und Einklemmungserscheinungen des Bruchsackinhaltes, ferner neben seiner Form die Feststellung des Zusammenhanges von Uterus und Bruchinhalt, sei es vom Mastdarm, sei es von der Scheide aus. Meist ist zu dieser Untersuchung die Narkose erforderlich.

Was die Behandlung anlangt, so ist um jeden Preis ein funktionsfähiger Eierstock zu erhalten, d. h. zu reponieren. In einzelnen Fällen wird das durch Taxis geschehen können, zweckmäßiger wird meist die Herniotomie sein, welche Gelegenheit gibt, den Zustand des Organes zu untersuchen, um es durch den erweiterten Bruchring zu reponieren, falls es gesund ist, oder um es zu exstirpieren, falls eine cystische Entartung, Stieldrehung oder Abszedierung vorliegt.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

9) **A. Hagentorn** (Kowno). Bemerkungen über die weiße Linie und den Bruch der Bauchwand. (Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Dorpat.)

Inaug.-Diss., Dorpat, 1902.

Man ist gewohnt, die Diastasen der weißen Linie als Erwerbungen des späteren Lebens zu betrachten und sie auf Ausdehnung des Bauches durch Tumoren, Ascites, Schwangerschaft, gesteigerten intraabdominalen Druck u. a. zu beziehen. Verf. betont dem gegenüber, in Übereinstimmung mit früheren Erhebungen Koch's (s. Arb. der Klinik Hft. 1—5, Virchow's Archiv Bd. CLXIV), den kongenitalen Erwerb der Diastasen und weist auf die großen individuellen Schwankungen in Form und Breite der weißen Linie hin, wodurch die Aufstellung bestimmter Normen, trotz darauf abzielender Bemühungen seitens der Anatomen, unmöglich wird. Denn erscheinen bezüglich der Form ziemlich alle denkbaren Verhältnisse auch gegeben, so schwankt die Breite zwischen wenigen Millimetern und mehreren Zentimetern. Interessant ist dabei die Tatsache, daß die relative Breite der weißen Linie bei kleinen Kindern größer ist als bei Erwachsenen. Während bei Erwachsenen Lineae albae von 4—6 cm nicht häufig, solche von 6—8 cm schon ziemlich selten sind, müssen im Kindesalter Diastasen von 4—5 cm als sehr gewöhnliche Erscheinung betrachtet werden. Man wird also annehmen müssen, daß die Linea alba mit dem zunehmenden Alter relativ schmäler wird.

Bei tätiger Bauchpresse sieht man in einer Reihe von Fällen die Diastase sich vorwölben, in einer anderen im Niveau der übrigen Bauchdecken bleiben, in einer dritten einsinken. Verf. wagt nicht zu entscheiden, ob diese Vorwölbung besser auf angeborene größere oder geringere Schlaffheit der aponeurotischen Fasern der weißen Linie oder auf die größere Verschieblichkeit resp. Schlaffheit des Bauchfells im Gebiete der Diastase bezogen wird, hält aber letztere Auffassung für wahrscheinlicher. Neben dieser diffusen Form der Bauchfellvorwölbung im Bereiche der Diastase kommt eine zirkumskripte zur Beobachtung, d. h. es springt in der sonst straff gespannten Diastase ein ganz umschriebener Ausschnitt halbkugelförmig hervor. Diese Erscheinung ist nach Auffassung des Verf.s von prinzipieller Bedeutung, weil sie den Übergang bildet von den Diastasen zum Lochbruch, dem Bauchbruch im engeren Sinne. Denn wird bei der Diastase mit diffuser Bauchfellvorwölbung die Aponeurose der weißen Linie in ihrer ganzen Ausdehnung vorgetrieben, so nimmt die Durchtrittspforte bei der Diastase mit zirkumskripter Bauchfellvorwölbung nur einen beschränkten Teil der im übrigen straff gespannten Aponeurose in Anspruch, so daß nur ein scharf umschriebener Bezirk letzterer sich ausbuchtet. Ohne selbst eine Lücke darzustellen, kommt sie diesem, den Lochbruch charakterisierenden Zustande verhältnismäßig nahe. Im Gegensatz zu den beiden Endpunkten der Reihe, den Diastasen mit diffuser Bauchfellvorwölbung einerseits und dem Loch-

bruch andererseits, ist die Diastase mit zirkumskripter Bauchfellvorwölbung ziemlich selten. Durch Auswachsen der beiden einander gegenüberstehenden Typen, der Diastase und des Lochbruches, können dann große vordere Bauchwandbrüche entstehen; doch ist immer, auch bei ganz enormer Größe des Bruchsackes, der Ursprung des Bruches aus dem Umfange seiner Bruchpforte nachweislich, da letztere sich am Wachstum des Bruches nicht oder nur wenig beteiligt. So zerfällt die Kasuistik der großen vorderen Bauchwandbrüche in solche mit großer und solche mit kleiner Bruchpforte, erstere aus den Diastasen, letztere aus den kleinen Bauchwandbrüchen entstanden. Die Möglichkeit der Vergrößerung eines Bauchbruches gibt Verf. ohne weiteres zu, bestreitet aber, daß die Vergrößerung allein die Folge des intraabdominalen Druckes ist, da es Beobachtungen gibt, wo ein angeborener Bruch viele Jahre hindurch besteht, ohne an Größe zuzunehmen. Demnach müssen, wie es Koch zuerst gelehrt hat, im Falle des Wachstums besondere Komplikationen eintreten, die das Bauchfell krank und dadurch dehnbar machen.

Auf jeden Fall sind die großen Bauchbrüche nur die Weiterentwicklung angeborener Verhältnisse, in einem Falle der Diastase, im anderen des kleinen Bauchbruches. Denn auch letztere können, nach Anschauung des Verf.s, nur kongenital erworben sein, da jede andere ätiologische Spekulation, speziell unter Zuhilfenahme des Traumas und subserösen Lipoms, sich als unzulänglich erweist. Für diese Auffassung spricht auch der Nachweis angeborener Lücken im Bauchfell einerseits als willkommene Erklärung der bruchsackfreien Netzbrüche, andererseits als Stütze der Anschauung Koch's, nach welcher die Bauchwandbrüche auf die Metameren der Bauchmuskulatur und die Pori zwischen den Metameren zu beziehen sind.

Ebenso wie die vorderen Bauchwandbrüche müssen auch die seitlichen und Lendenbrüche nach Ansicht des Verf.s auf angeborene Lücken bezogen werden, soweit sie nicht schon bei der Geburt ausgebildet vorliegen, sondern erst später, mitunter sehr spät, in Erscheinung treten. Dieser letztere Umstand ist auf keinen Fall gegen den kongenitalen Erwerb der Brüche zu verwerten, weil sich der Nachweis liefern läßt, daß selbst bedeutende Lücken in der Bauchwand jahrelang bestehen können, ohne zur Bruchbildung zu führen. Fälschlich und in ätiologischer Beziehung zur Verwirrung führend ist die traumatische Ruptur der seitlichen Bauchwand zusammen mit der daran anschließenden größeren Wölbung der verletzten Bauch-Lendenseite, ein gar nicht so seltenes Ereignis, bisher immer als Hernie bezeichnet worden. Diese Form stellt natürlich eine Erwerbung vor.

(Selbstbericht.)

10) G. Kelling. Zur Resektion des karzinomatösen Magens.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 2.)

Verf., der auf Grund eines großen operativen Materiales und reichlicher Tierexperimente wohl berechtigt ist, zur vorliegenden Frage das

Wort zu ergreifen, hält die durchschnittliche Sterblichkeit bei Operationen wegen Magenkrebs auch heute noch für sehr hoch, etwa 40 bis 50%. Wenn die Kocher'sche Methode der Magenresektion bessere Resultate aufweist als die zweite Billroth'sche, so liegt das daran, daß die erstere nur bei günstiger gelegenen Fällen anwendbar ist, während man bei schwierigerer Sachlage zur letztgenannten seine Zuflucht nehmen muß. Schwierigkeiten wird es immer bereiten, von vornherein zu bestimmen, ob ein Magenkrebs resezierbar ist oder nicht. Man wird also stets den Eingriff als Probelaparotomie beginnen, bei der man auch stets auf das gleichzeitige Vorkommen von Gallensteinen fahnden soll, um bei Beschwerden nach einer Resektion diese eventuell differentiell diagnostisch in Betracht ziehen zu können. Drüsen an der kleinen oder großen Kurvatur sind keine Gegenindikation gegen die Resektion, dagegen sind es Krebsknötchen im großen Netz. Sind die Ovarien verdächtig, so kann man ruhig die Magenresektion ausführen; nur muß man die Eierstöcke mit entfernen, welche dann oft die einzigen Metastasen des Karzinoms sind. Der schwierigste Punkt ist der, ob die Neubildung auf die größeren Blutgefäße der hinteren Bauchwand übergegangen ist. K. hat für diese Entscheidung eine eigene allerdings nicht ungefährliche Orientierungsprobe mit Abtastung der ganzen hinteren Magenfläche angegeben.

Unter den Todesursachen, welche bei der Magenresektion in Betracht kommen, spielt der reine Chok zweifellos eine Rolle. Zur Vermeidung desselben soll so wenig wie möglich am Magenstumpfe gezogen, jede Blutung rasch und sorgsam gestillt werden, außerdem möglichst die Narkose mit Äther zur Anwendung gelangen. Betreffs der Nachkrankheiten, welche nach dem Eingriff den Tod herbeizuführen vermögen, wie die Sepsis, die Peritonitis, Pneumonie usw., ist K. überzeugt, daß sie alle der Infektion des diaphragmatischen Raumes oder des Magenstumpfes während der Operation ihre Entstehung verdanken. An der Hand einer Reihe von Sektionsprotokollen zeigt er, daß Abszesse sehr häufig sich bilden und gerade den Raum ausfüllen, der durch Entfernung des Magenkrebses frei wird. Die Pleuritis und Pneumonie nach Operationen in der Nähe des Zwerchfells entstehen ihrerseits dadurch, daß die Bakterien vom Operationsterrain ins Blut gelangen, und zwar durch die Lymphgefäße in die Vena anonyma. Die Lungenkapillaren sind infolgedessen die ersten feineren Kapillaren, in denen sie hängen bleiben können, und wenn die Pat. nicht alsbald an Sepsis zugrunde gehen, dann kommt es wohl meist zur Ausbildung einer Pneumonie. Die leichte Absaugung der Infektionserreger aus dem subphrenischen Raum erklärt die Häufigkeit der Pneumonien bei der Resektion des Magens, abgesehen von der Kommunikation der Venae coronariae sinistrae mit den Speiseröhrenvenen, der Luftinfektion und abgesehen von reflektorischen Blutüberfüllungen der Lunge, welche eine Prädisposition für die Ansiedelung der Bakterien geben.

Bei der totalen Magenresektion sind die schlechten Resultate, die man bei ihr erzielt, nach Ansicht des Verf. dadurch veranlaßt, daß

die Nähte in der Speiseröhre nicht halten, und daß wir einen großen, leicht infizierbaren Hohlraum herstellen. Diesen Schwierigkeiten suchte er dadurch zu begegnen, daß er die Speiseröhre auf eine Prothese aufband, und dadurch, daß er den Hohlraum tamponierte und mit der von ihm angegebenen Aspirationsdrainage verband; schließlich dadurch, daß K. eine Dünndarmfistel zur Ernährung anlegte und ein besonders ausgeschaltetes Dünndarmstück zur Vereinigung mit der Speiseröhre benutzte. Diese an einer Abbildung verdeutlichte Darmausschaltung hat den Zweck, die Ernährung des Pat. unabhängig von der Vereinigung des Dünndarmes mit der Speiseröhre zu gestalten. Indessen alle diese komplizierten Versuche mißlangen, und K. gibt die Hoffnung auf, eine brauchbare Methode der Totalresektion des Magens zu finden, wie denn Verf. auch den Weg als ungangbar bezeichnet, durch Änderung der Operationsmethode und der Nachbehandlung die Infektion und damit die Sterblichkeit unserer operierten Magenkrebskranken stark herabzusetzen. Auch die weiteren Absichten K.'s, zu versuchen, ob es möglich sein wird, die eitrigen Krebsgeschwüre durch diätetische Mittel und medikamentöse Behandlung in reine Granulationen von geringerer Infektiosität zu verwandeln, dürfte er selbst wohl mit Skepsis betrachten.

Was die von dem Verf. geübte Operationstechnik anlangt, so sei aus der ausführlichen Beschreibung hervorgehoben, daß er den Magen nach Eröffnung der Bauchhöhle noch einmal entleeren läßt, und zwar durch Schlauch und Boas'schen Aspirator. Die Lichtung des Magenstumpfes verschließt er vor der Abtrennung der Geschwulstpartie durch Quetschung des Magens mit einer großen Zweifel'schen Quetsche. Durch das zusammengepreßte Gewebe wird dann eine fortlaufende, zurückgestochene und wasserdichte Catgutnaht angelegt, dann die Muscularis mit fortlaufender Seidennaht vernäht und darüber eine zweite Reihe von Knopfnähten angelegt. Bei langem Duodenalstumpf wird die Methode nach Kocher angewendet, sonst die hintere Gastroenterostomie bevorzugt. Bei fehlender Salz- und Milchsäure im Mageninhalt benutzt K. den Murphyknopf statt der Naht zur Gastroenterostomie, weil dadurch die Magenwände weniger infiziert werden. Zur Gastroenterostomie wird meist noch eine Enteroanastomose gefügt und vor Verschluß der Bauchhöhle das Netz auf den Magenstumpf oder bei der Kocher'schen Operation auf die Magenduodenalverbindung genäht. Die Rezidive nach der Resektion sind häufig. K. glaubt, daß manche dieser Fälle Neuerkrankungen darstellen, weil die Pat. rohe Eier zu essen bekamen, die nach seiner Ansicht ja eine große Rolle in der Krebsätiologie spielen, ebenso wie die Darreichung von rohem Hackfleisch. Durch eine rationelle Diät hofft er demnach auf Besserung der Resultate.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

11) **L. Bérard** et **R. Leriche.** Des sténoses tuberculeuses de l'intestin grêle chez l'enfant.

(Revue de chir. XXIV. ann. Nr. 8 u. 9.)

Die Darmstenosen tuberkulösen Ursprunges bei Kindern beschäftigen die Chirurgen noch nicht lange, und die bezüglichen Publikationen reichen bis 1880 zurück. Den vier verschiedenen Formen tuberkulöser Darmerkrankungen, die zu Verlegung der Darmlichtung führen können, der harten Narbenstenose, der Tuberkulombildung, der Kombination von Darmgeschwür und plastischer Peritonitis, endlich den multiplen Stenosen begegnen wir auch im Kindesalter bis zu 12 Jahren; unter ihnen ist die zu dritt genannte Form als die häufigste zu betrachten. Von den zahlreichen Erscheinungen des recht wechselnden Symptomenkomplexes interessiert der Enterospasmus mit Okklusionserscheinungen auf tuberkulöser Basis, wie er von König, Jaboulay, Verff. und anderen beobachtet wurde, und der vielleicht als Vorläufer für die Invagination zu gelten hat — Fälle, die große Ähnlichkeit mit innerer Einklemmung boten und bei der Laparotomie keinen Befund ergaben: die Erscheinungen aber blieben aus.

Die tuberkulösen Darmengen sind nicht immer leicht zu erkennen; oft steht das Bild der (plastischen) Peritonitis bezw. der Gekrösdrüsentuberkulose im Vordergrund. Abmagerung, Koliken, Neigung zu Durchfällen oder solchen abwechselnd mit Verstopfung, blutige Stühle, Erbrechen, Meteorismen mit Ausbreitung nach den Seiten, Darmsteifungen usw. werden meist nicht fehlen und auf die rechte Fährte leiten. Diesen ernsten Symptomen gegenüber brauchen wir nicht tatenlos zu bleiben, da uns eine Reihe wertvoller Operationsmethoden, Enteroplastik, Enteroanastomose, Resektion und Exklusion zur Verfügung stehen, die alle ihre Indikationen auch im Kindesalter finden dürften und gefunden haben. In vielen Fällen jedoch, wo keine derselben verwendbar ist, kann auch die einfache Laparotomie als solche noch erheblichen Nutzen, Rückbildung der käsigen Massen und Heilung bringen.

Für die Literatur verweisen Verff. auf Patel, Thèse de Lyon 1902. In ihrer kurzen Aufzählung finden sich fünf deutsche Angaben mit sechs sprachlichen Fehlern! **Christel** (Metz).

---

12) **G. Fantino.** Beitrag zum Studium der Harn- und Gallensteine.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 1 u. 2.)

Unerläßliche Bedingung zur Steinbildung in den Harnwegen ist das Vorhandensein eines Fremdkörpers. Meist kommt ein organischer Kern, Zelldetritus, in Betracht. Die Verteilung der Steinkrankheit auf die einzelnen Länder und in diesen wieder auf die verschiedenen Provinzen ist eine wechselnde. Merkwürdig ist die Tatsache, daß in gewissen Ländern, wo Harnsteine selten sind, um so häufiger Gallensteine vorkommen. Das am häufigsten betroffene Alter ist das der

Kindheit. Bei Frauen sind Harnsteine seltener als bei Männern. Die Kürze und geradlinige Beschaffenheit der Harnröhre, ihre leichte Entleerung beim weiblichen Geschlecht spielen dabei wohl die Hauptrolle. Nach den Untersuchungen des Verf. ist es nicht selten, daß Harnsäure, Oxalat und Phosphat sich in einem Steine zusammenfinden; immerhin ist es häufiger, daß nur zwei dieser Bestandteile zusammen vorkommen. Die Blasenentzündung als sekundäre Folge des Steinleidens wird hervorgerufen durch die Kombination von Blasenverletzung und Infektion, sei es durch Katheterisation, sei es auf dem Blutwege.

Was die Operationsmethoden betrifft, so ist die Sectio perinealis wegen der Gefahr der Blutung und wegen anderer übler Folgen, wie Verletzung der Samenleiter, Incontinentia urinae, wohl im allgemeinen verlassen. Allerdings haben neuerdings einige Autoren, wie Harrison, Zuckerkandl u. a., die Lithotripsie von einem Perinealschnitt aus empfohlen; allein die Vereinigung dieser beiden langdauernden Eingriffe dürfte wohl keine große Zukunft haben, höchstens dürfte sie bei kleinen Steinen in Betracht kommen. Für die Lithotripsie an sich hat F. keine Vorliebe. Ganz besonders wenig eignet sie sich für die harten Steine, wie sie in Italien meist auftreten. Verletzungen der Blase, schädliche Rückwirkungen auf den Harnapparat sind bei ihr nicht selten. Außerdem sind häufig sehr lange und wiederholte Sitzungen erforderlich. Der hohe Blasenschnitt ist dagegen eine zweifellos günstige Operation; die anscheinend hohe Mortalität mancher Statistiken für dieselbe erklärt sich daraus, daß für sie im Gegensatz zu allen anderen Methoden gerade die schwersten Fälle reserviert werden; denn selbst Dittel sagt: Von 100 Steinkranken sind 70 mit jeder Operation zu heilen, 30 (die schweren) nur mit dem hohen Blasenschnitt. F. meint ferner, daß bei vielen Fällen die Dauer des Heilverfahrens bei der Lithotripsie keineswegs so kurz sei wie man annehme. Die Gefahren einer dauernden Fistel und eines Bauchbruches hält er bei der Epicystotomie für gering. Bezüglich der Operation ist zu erwähnen, daß Verf. sich zur Blasennaht des Catgut bedient. Zum Schutze der Naht wird ein Dauerkatheter eingelegt und zur Vermeidung seiner Verstopfung durch Blutgerinnsel eine Zeitlang ausgespült, bis kein Blut mehr aus der Blase nachsickert. Der Dauerkatheter wird 10 Tage lang angewendet. In jedem Falle wird der prävesikale Raum drainiert. Auch bei bestehender Blasenentzündung kann eine prima intentio der Naht eintreten, sofern man den Dauerkatheterismus anwendet und den prävesikalen Raum drainiert. Bei schwerer Blaseninfektion soll man die Blasendrainage selbst gebrauchen. Cystitis kann man vermeiden oder rasch heilen, wenn man mit lokaler Desinfektion noch die Darreichung alkalischer Wässer verbindet.

Was die Harnröhrensteine betrifft, so empfiehlt F. bei einem schwerer zu extrahierenden Konkrement, nicht die Urethra penis zu inzidieren, sondern den Stein womöglich in die Pars membranacea zurückzuschieben, da es nicht so leicht langdauernde Fisteln gibt, wenn man ihn an dieser Stelle mit Dammschnitt hervorholt.

Im letzten Teile der Arbeit beschäftigt sich Verf. in umfangreicher Weise mit dem Werte der Skiagraphie für die Diagnose der Steinbildungen. Er hat in dieser Hinsicht umfassende Untersuchungen gemacht und eine reiche Erfahrung gewonnen. Er konstatiert die enormen Fortschritte, die dadurch in der Diagnose der Steinbildungen im Harnapparate gemacht worden sind, ist aber der Ansicht, daß auch zurzeit noch die Erfolglosigkeit einer skiagraphischen Untersuchung nicht gleichbedeutend ist mit der Gewißheit des Nichtvorhandenseins eines Steines. Am zuverlässigsten, d. h. fast immer glückend, ist die Sichtbarmachung der Blasensteine. Nur sehr starke Korpulenz des bestrahlten Individuums kann das Resultat in Frage stellen. Bei Nierensteinen versagen die Röntgenstrahlen doch etwas häufiger. Interessant ist, daß man nach der Intensität des Schattens in annähernder Weise die Zusammensetzung und die Bestandteile eines Steines erkennen kann. Die Konkremente aus Kalziumoxalat sind ganz undurchlässig, weniger die aus Erdphosphaten, und am meisten lassen die aus Harnsäure, aus Ammonium- und Magnesiumphosphat die X-Strahlen durch. In der rechten Niere ist die Aufsuchung eines Steines infolge der Nähe der Leber schwieriger als auf der linken Seite. Verf. hält es nach seinen eigenen Experimenten auch nicht für unmöglich, Gallensteine in der Leber, im Choledochus, in der Gallenblase zu finden. Um diesen Zweck zu erreichen, sind aber Ausnahmezustände nötig, d. h. ein ziemlich mageres Individuum, Lage des Steines in nicht zu dichtem Parenchym, die Anwesenheit von Kalksalzen usw. Infolgedessen wird die Probe nur selten gelingen; am ehesten wird dies der Fall sein bei Konkrementen auf dem Grunde einer hypertrophischen kleinen Blase, welche über den Leberrand herausreicht. Das Aufsuchen des größten Teiles der Gallensteine wird auch in Zukunft tatsächlich fruchtlos sein, da es sich um viel durchsichtigere Konkretionen als das Leberparenchym selbst handelt.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

13) **Burmeister.** Über Saugpumpendrainage bei Pankreascyste.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 2.)

B. behandelte eine Pat., welcher wegen einer Pankreascyste die Geschwulst in die Bauchwand eingenäht worden war. Im weiteren Verlaufe nach dem Eingriffe wirkte das abfließende Sekret auf die Bauchdecken in großer Ausdehnung verdauend, und kein angewandtes Mittel verhinderte diesen Mißstand. Verf verfiel deshalb auf den Gedanken, die Saugpumpendrainage anzuwenden, und es gelang ihm auch mittels des in einer Abbildung erläuterten Apparates sofort den gewünschten Erfolg zu erzielen. Das Sekret wurde dauernd abgesaugt, die Bauchdecken erholten sich rasch, und Pat. wurde beschwerdefrei. Mit dem Apparate ließen sich auch sehr gute Kochsalzausspülungen der Höhle bewerkstelligen. Das Bedenken, daß mit der atmosphärischen Luft pathogene Keime in die Wunde eingesogen würden, hat sich im vorliegenden Falle nicht als bedeutungsvoll erwiesen. An dem Apparat

ist ein Vakuummeter angebracht, um die Stärke des überhaupt erzielbaren Vakuums jederzeit messen zu können und um automatisch anzuzeigen, wenn die Öffnungen des Endstückes in der Wunde sich durch ein Gerinnsel oder durch Ansaugen der Wandungen der Höhle verstopfen sollten, um also dem Pflegepersonal sofort das ungenügende Funktionieren der Vorrichtung zu zeigen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

Kleinere Mitteilungen.

I.

Zur Technik des Gipsbettes.

Von

Dr. **Max Haudek,**
Vorstand der orthopäd. Abteilung am I. öffentl. Kinder-Kranken-Institut in Wien.

Einer der wichtigsten Behelfe bei der Behandlung der Spondylitis ist unstreitig das Gipsbett; im entzündlichen Stadium und insbesondere bei kleinen Kindern ist es unser einziges zuverlässiges Mittel. Für die Herstelluug des Gipsbettes, sowohl des Reklinations- als Extensionsgipsbettes, ist die von Lorenz angegebene Technik die allgemein gebräuchliche. Bei einiger Übung bietet die Lorenz'sche Technik des Gipsbettes allerdings keine Schwierigkeiten, doch nimmt die Herstellung eines solchen immerhin ziemliche Zeit in Anspruch und wird desto schwieriger, um je kleinere Kinder es sich handelt, da diese sich bei der Anfertigung des Bettes ja meist recht ungebärdig benehmen. Besonders in solchen Fällen binden sich die ersten Bindentouren oft unr unvollständig und lösen sich dann ab, und bilden sich auch häufig an der Innenfläche des Bettes Falten und Unregelmäßigkeiten.

Diesen Übelständen begegne ich durch die von mir seit einiger Zeit geübte Technik und hat das nachstehend geschilderte Verfahren vor allem zwei Vorzüge: Erstens ermöglicht es eine sehr rasche Anfertigung des Bettes und zweitens zeigt dieses Bett eine vollkommen glatte und faltenlose Innenfläche.

Die Technik ist folgende: Ich schneide mir aus Stärkebindenstoff 9—12 Stücke, welche die gewünschten Dimensionen des Gipsbettes in der Länge und Breite jederseits um etwa 8—10 cm überragen. Ich fertige das Bett gewöhnlich so an, daß es von der Stirn-Haargrenze bis gegen die Mitte der Oberschenkel reicht und den Körper seitlich bis zur vorderen Axillarlinie umfaßt. Die einzelnen Bindenstücke werden gut mit bestem Alabastergips imprägniert, in Lagen von je drei geordnet und diese lose zusammengerollt. Ist alles vorbereitet, so wird der Patient auf die zu verwendende Lagerungsvorrichtung gelegt und die Wirbelsäule je nach Sitz und Beschaffenheit des spondylitischen Herdes und der beabsichtigten Einwirkung in Reklination oder Extension gebracht. Ich verwende einen Rahmen aus Rundeisenstäben, der am Operationstisch angebracht werden kann; im Rahmen sind verschiebliche Quergurten gespannt, die eine entsprechende Lagerung des Pat. ermöglichen. Kopf- und fußwärts sind Rollen für etwaige Extensionszüge angebracht.

Der Körper des Pat. wird gut eingefettet, über den Kopf kommt eine doppelte mit Öl durchtränkte Lage weißer Gaze. Die vorbereiteten Gipsbinden werden in der gewöhnlichen Weise zurechtgemacht und rasch hintereinander vom Kopfe zu den Füßen hin auf dem Körper abgerollt. Jede Lage wird dem Kopf und Körper mit den Handflächen gut angeschmiegt, und insbesondere werden am Halse sorgfältig die Kontouren herausgearbeitet; eventuell kann man die Binden hier seitlich etwas einschneiden. Die folgenden Lagen werden mit den vorausgegangenen durch

kräftiges Streichen gut gebunden, und muß insbesondere an den Seiten für exakte Adaptierung gesorgt werden. Die Teile der Gipsbinden, die überflüssig sind, werden umgeschlagen; die Umschlagstellen müssen besonders gut gebunden werden, damit sie nicht nachher, wenn das Überflüssige weggeschnitten wird, blättern; eventuell wird dann der Rand bei der Ausfertigung mit einer Gips- und Stärkebinde überwickelt und so ein guter Abschluß geschaffen. Für Kinder genügen 3—4, für Erwachsene 4—5 Binden; eine Verstärkung, besonders am Halsteile kann noch durch eingelegte Schusterspähne oder eine entsprechend gebogene Eisenschiene hergestellt werden. Das Gipsbett ist in 3—4 Minuten fertig und wenn der Gips gut war, meist nach einer weiteren Minute schon so weit hart, daß es abgehoben werden kann. Das Bett ist dann ein genaues faltenloses Negativ des Körpers, an dem sich die Kontouren genau abzeichnen, so daß dann die nötigen Ausschnitte leicht anzubringen sind. Will man auch noch die Beine in das Bett mit einbeziehen, so wird der entsprechende Teil der Binden in der Mitte längs durchgeschnitten und kann dann leicht den Beinen angeformt werden. Das Gipsbett fertige ich, wie schon vorhin erwähnt, direkt über dem Körper an, ohne Unterlage von Watte; die Betten sind immer genügend weit und können eventuell, ehe sie ganz hart werden, noch an den Rändern etwas auseinandergebogen werden. Die weitere Ausfertigung geschieht in der üblichen Weise. Die so hergestellten Betten wende ich nicht nur bei der Behandlung der Spondylitis, sondern auch in allen jenen Fällen an, in denen die Verordnung eines Gipsbettes indiziert ist. Die oben beschriebene Technik hat sich mir außerordentlich bewährt, so daß ich sie aufs angelegentlichste empfehlen kann.

II.

Ileus als Spätfolge von Appendicitis.

Von

Dr. V. Subbotitch in Belgrad (Serbien).

Das Auftreten von mechanischem Ileus (durch Bildung von Adhäsionen, Strängen u. dgl.) als Spätfolge von Appendicitis ist eine verhältnismäßig wenig gewürdigte Erscheinung.

Ich hatte Gelegenheit, einige hierher gehörige Fälle zu operieren, darunter einen, wo bei einem 20 Jahr alten, durch Laparotomie geheilten Bauer 10 Jahre nach überstandener Appendicitis ein akuter Ileus entstand infolge von Einklemmung einer Dünndarmschlinge unter einem strangförmigen Pseudoligament, welches vom Coecum, in der Nähe der Appendix einerseits, zur Wurzel des Mesenteriums des Dünndarmes andererseits zog. Die Appendix (durch Amputation entfernt) war in diesem Falle klein, hart, zeigte verdickte, schwielige Wände, an der Schleimhaut Narben. Ihr Mesenteriolum war fibrös, geschrumpft.

Außerdem, und dies scheint mir besonders beachtenswert, fanden sich am Peritoneum in der Nähe des Coecum, dann des kleinen Beckens und in der Nähe der Flexura romana vielfach Schrumpfungen und fibröse Stränge. An der Basis des Gekröses der Flexura sigmoidea war dieser Befund besonders deutlich. Die Fußpunkte der Flexur erwiesen sich als ganz nahe aneinander gerückt, so daß ich, um einem drohenden Volvulus vorzubeugen, mehrfach einzelne dieser Stränge zu durchtrennen und durch entsprechende Naht dieses Gekröse zu verbreitern gezwungen war.

Es ist klar, daß die Appendicitis in diesem Fall als sichere Ursache anzusehen ist, welche den 10 Jahre nach überstandener primärer Erkrankung aufgetretenen Ileus mit bedingt hat. Außerdem glaube ich, daß die an die Appendicitis sich anschließende chronische Peritonitis und Mesenteriitis retrahens, durch bedeutende Schrumpfung des Gekröses der Flexur und dadurch bedingte Annäherung der Fußpunkte dieser Darmschlinge, als ein ätiologisches Moment in Betracht zu ziehen

ist, welches event. zur Bildung eines Volvulus der Flexur, vielleicht auch anderer Darmabschnitte, wesentlich mit beitragen könnte.

---

14) **Coenen.** Über Gaumengeschwülste.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 2.)

Verf. beschreibt drei Fälle von Gaumengeschwülsten, bei welchen er auf Grund der mikroskopischen Untersuchung als zweifellos annimmt, daß es sich um epitheliale Drüsengeschwülste handelt. Bezüglich deren Entstehung ist er der Ansicht, daß ein oder mehrere Keime des äußeren Keimblattes, die ursprünglich zur Bildung der Schleimdrüsen des Gaumens bestimmt waren, sich aus irgendeinem Grunde, vielleicht begünstigt durch die entwicklungsgeschichtlich komplizierte Gaumenbildung, abschnürten und als angeborene Geschwulstanlage lange latent blieben, um erst später in Wucherung zu geraten und Geschwülste zu bilden, welche eine Speicheldrüse vortäuschen und die als Adenokarzinome bezeichnet werden müssen.

In einem Nachtrage ist noch eine vierte Geschwulst beschrieben, welche zeigt, daß auch die Gaumengeschwülste, die nur einen plexiformen, zylindromatösen Bau zu haben scheinen, dennoch bei genauer Durchforschung an geeigneten Stellen die Drüsenstruktur bewahren und somit dieselbe Genese haben wie die ganz und gar drüsig gebauten Geschwülste, deren Zellen ihren Drüsencharakter nie verloren. Insofern ist diese Geschwulst eine gute Ergänzung für die drei anderen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

15) **N. M. Tereschenkow.** Multilokuläre Kiemengangscysten und Adenokystome akzessorischer Schilddrüsen.

(Russisches Archiv für Chirurgie 1904. [Russisch.])

Seit 20 Jahren besteht eine langsam wachsende Geschwulst — wie sich später herausstellte ein Lipom — auf dem Kopfe des jetzt 57jährigen Pat. Vor 12 Jahren entdeckte sein Arzt etwas oberhalb des linken Schlüsselbeines, lateral vom Kopfnicker, eine erbsengroße Geschwulst, die unausgesetzt wuchs, während neben ihr andere Knoten entstanden und alle untereinander verschmolzen. Seit einem Jahre zeigt die ganze Geschwulst lebhaftes Wachstum. Vor 5 Jahren endlich bemerkte Pat. 4 cm unter dem Rippenpfeilerrand am lateralen Rande des rechten Rectus eine Geschwulst in der Bauchwand. Seit einem Jahre stellten sich Schluck- und Atembeschwerden ein, Heiserkeit, nächtlicher, trockener Husten, Ameisenlaufen und lanzinierende Schmerzen im rechten Arme, gelegentlich Schwellen der Venen der rechten Hand, linksseitige Hemikranie.

Bei der Untersuchung fand sich eine glatte, fast knorpelharte Geschwulst in der Substanz des M. rectus. Am Halse wurde die linke Seite durch eine knollige, den Kehlkopf nach links verschiebende Geschwulst gewaltig verbreitert, deren Konsistenz in den verschiedenen Partien (hart bis fluktuierend) wechselte. Über der linken Lunge an zwei Stellen Dämpfung. Keine Drüsen. Diagnose: Struma cystica, ausgehend von einer akzessorischen Schilddrüse dicht über dem Schlüsselbein, mit Metastasen in der Bauchwand.

Mit Rücksicht auf den Gesamtzustand des Kranken und die ausgedehnten Verwachsungen wurde die Halsgeschwulst nur — etwa um die Hälfte — verkleinert durch Enukleation mehrerer Knoten. Schilddrüsengewebe wurde nicht gefunden. Die Exstirpation der Metastase machte keine Schwierigkeiten. Während aber die Wunde am Halse glatt heilte, bildete sich am Bauch ein Hämatom.

Nach eingehender histologischer Untersuchung wurde die Geschwulst für ein »Kystoma branchiogenes multiloculare papilliferum destruens« erklärt mit Metastase in der Bauchdecke.

In den nächsten Wochen nach der Operation wuchs die Halsgeschwulst bereits mächtig nach unter gleichzeitigem Kräfteverfall des Kranken.

V. E. Mertens (Breslau).

16) Alessandri. Divulsion in oesophageal strictures by means of a new instrument.

(Annals of surgery 1904. Dezember.)

A. erwähnt das von Eastmann in der Februarnummer der Annals of surgery 1904 angegebenen Ösophagus-Bougie. Dasselbe besteht aus einem filiformen biegsamen Stabe, an dessen distales Ende Bougies angeschraubt werden, dem jener ähnlich wie bei dem für die Harnröhre bestimmten Bougie à bout dem filiformen Bougie folgt. Von der internen Ösophagotomie mit Maisonneuve's Instrument ist A. kein Freund; ebensowenig verspricht er sich von den anderen inneren Ösophagotomen. Er glaubt dagegen, daß graduelles Erweitern der Ösophagusstriktur in ausgewählten Fällen zum Ziele führe. Zu diesem Zwecke konstruierte er ein aus zwei aneinander liegenden dünnen schmiegsamen Stäben bestehendes Bougie, dessen Stäbe nach Durchgleiten der Striktur vermittels einer Schraube zum Auseinanderweichen gebracht wurden.

Herhold (Altona).

17) Wagner. Über das Bruchband.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd. II. Hft. 3.)

Nachdem Verf. in dieser Arbeit der überaus spärlichen Literatur, die neuerdings über das Bruchband existiert, Erwähnung getan hat, spricht er sich entschieden gegen die fabrikmäßig hergestellten Bruchbänder mit konvexer Pelotte aus, die keineswegs die leicht austretenden Brüche zurückhalten, sondern im Gegenteil mit der Zeit die Bruchpforte vergrößern und dadurch das Leiden verschlimmern. Nur Bruchbänder mit flacher Pelotte garantieren wegen des gleichmäßigen Druckes auf den Bruchsack im Verlaufe des ganzen Bruchkanales einen guten Verschluß von Bruchpforte und Bruchkanal und lassen Heilung erwarten. Die Herstellung flacher Pelotten aus modellierbarem Materiale (Paraffin), die Verf. sehr warm empfiehlt, ist außerdem überaus einfach und im Erfolge sicher. **Hartmann** (Kassel).

18) Warbasse. Tetany, and foreign bodies in the stomach.

(Annals of surgery 1904. Dezember.)

Ein Mann pflegte professionell auf Schauplätzen alle möglichen Fremdkörper zu verschlucken. Er erkrankte nach einiger Zeit an mit Bewußtlosigkeit einhergehender Tetanie. Durch die erste Gastrostomie wurden aus dem Magen entfernt: 129 gewöhnliche Nadeln, 5 Haarnadeln, 2 Hufnägel, 12 Stahlnägel, 2 Schlüssel und 2 Uhrketten. Die Tetanie schwand; da Pat. sein Gewerbe fortsetzte, trat sie jedoch wieder ein, und er mußte zum zweiten Male gastrotomiert werden. Jetzt wurden entfernt: 7 Taschenmesser, 7 Türschlüssel, 7 Nägel, 1 Teelöffel, 1 Schuhknöpfer, 1 Nadel, 1 Messerklinge, 2 Uhrketten. Die Schleimhaut des Magens hatte fast gar nicht gelitten, der Pylorus war nicht verengt, der Magen nicht erweitert. Pat. wurde wiederum von seiner Tetanie befreit. Verf. glaubt in dem Fall einen Gegenbeweis gegen die Behauptung zu sehen, daß Tetanie eine Folge von Pylorusstenose und Magenerweiterung sei. **Herhold** (Altona).

19) R. Morison. Intestinal obstruction.

(Edinburgh med. journ. 1904. Juli u. August.)

An der Hand von 31 Fällen bespricht Verf. die Symptomatologie und Therapie des mechanischen Ileus. Als Ursache des Verschlusses wurde gefunden:

15mal Karzinom des Dickdarmes,
1mal Prostatasarkom mit Übergreifen auf den Mastdarm,
3mal tuberkulöse Strikturen,
1mal Meckel'sches Divertikel,
1mal multiple Divertikel der Flexura sigmoidea,
9mal peritonitische Verwachsungen und Stränge.

In einem Falle, welcher mit den Erscheinungen des Ileus, Verstopfung, Leibschmerzen, Erbrechen, Darmblutung einherging und ohne Operation zum Tode

führte, handelte es sich, wie die Autopsie bewies, um eine Granularatrophie der Nieren. 29 Pat. wurden operiert, von denen 11 im Anschluß an die Operation an Peritonitis starben.

Von den Karzinomen, welche zum Verschluß des Darmes geführt hatten, saßen 2 im Mastdarme, 7 in der Flexura sigmoidea, 2 im Colon descendens, 1 in der Flexura lienalis, 1 im Colon transversum und 2 in der Flexura hepatica. In 4 Fällen wurde das Karzinom der Flexura sigmoidea durch Resektion des Darmes entfernt, die Vereinigung erfolgte 3mal axial mittels Murphy- resp. resorbierbaren Morison-Knopfes, 1mal durch Implantation des quer durchschnittenen Dünndarmes in das untere Ende der Flexur. Von den auf diese Weise Operierten starben 3 an Peritonitis, da der Knopf resp. die Naht nicht gehalten hatte. Bei 4 Pat. war an eine radikale Entfernung des Karzinoms nicht zu denken, und wurde daher nur die Enteroanastomose mit Murphyknopf ausgeführt. Von diesen starb einer an Peritonitis. 8mal wurde die Coecostomie, 2mal die linksseitige Kolostomie gemacht. Ein Pat. (Coecostomie) starb infolge Gangrän des Darmes. In einem Falle handelte es sich um ein vom Magen auf das Colon transversum übergehendes, inoperables, strikturierendes Karzinom, das bereits in die freie Bauchhöhle perforiert war und den Tod des betr. Individuums zur Folge hatte.

Als Ursache der peritonitischen Verwachsungen und Strangbildung konnte 5mal eine Appendicitis, in einem Falle eine Salpingitis nachgewiesen werden. Bei einer Pat. hatte sich im Anschluß an eine Ovariotomie eine peritonitische Verwachsung gebildet, die zeitweise zur Knickung des Darmes führte. Pat. genas ohne Operation.

Wegen peritonitischer Verwachsungen wurde einmal der Dünndarm reseziert und axial mittels Catgutnaht vereinigt; es erfolgte Heilung. In drei (sämmtlich letal verlaufenden) Fällen war bei akutem Ileus eine Dünndarmkotfistel (Enterostomie) angelegt worden. Einmal wurde die Appendektomie und laterale Anastomose zwischen Ileum und Colon transv. mittels Morisonknopfes mit gutem Erfolg ausgeführt.

Das Meckel'sche Divertikel, welches bei einem 7jährigen Mädchen zur Strangulation des Dünndarmes führte, wurde exzidiert und dann die Darmöffnung durch die Naht geschlossen. Heilung.

Wegen multipler Divertikel der Flexura sigmoidea, wodurch bei einem 60jährigen Manne eine Geschwulst vorgetäuscht wurde, resezierte Verf. das Colon descendens und vereinigte die Darmenden axial mittels Naht. Der Mann ging an Peritonitis zu Grunde.

Wegen tuberkulöser Striktur des Dünndarmes bei einem 19jährigen Manne stellte M. eine Anastomose zwischen Dünndarm und Colon transversum mittels Murphyknopfes her; der Knopf blieb im Ileum liegen und mußte sekundär entfernt werden; ebenso erging es bei einer 49jährigen Frau, bei welcher wegen tuberkulöser Striktur des Dünndarmes die Darmresektion mit axialer Vereinigung durch Gummiringe (rubber rings) ausgeführt war. Auch hier mußten sekundär die Ringe entfernt werden. Bei einem 31jährigen Manne mit ausgedehnter Tuberkulose des Blinddarmes wurde letzterer in großer Ausdehnung samt den Verwachsungen entfernt und das stark dilatierte Ileum mit dem kollabierten Colon ascendens durch Murphyknopf vereinigt. In allen drei Fällen erfolgte glatte Heilung. Als sicherste Vereinigung des resezierten Darmes empfiehlt M. die seitliche Anastomose mit Naht.

Jenckel (Göttingen).

20) **Scudder.** Intra-abdominal torsion of the entire great omentum.

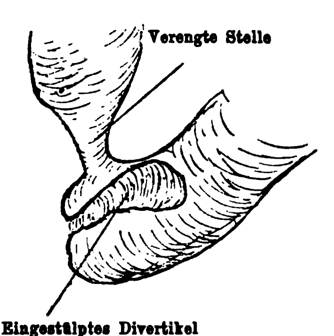
(Annals of surgery 1904. Dezember.)

Bei Verdacht auf eitrige Appendicitis wurde die Laparotomie gemacht und eine totale Drehung des großen Netzes angetroffen. Das Netz war nicht brandig, jedoch dunkelrot mit stark gefüllten Gefäßen und sehr brüchig. Abbindung dicht unterhalb des Colon transversum. Bei den in der Literatur beschriebenen Fällen von Netzdrehung war die letztere immer von einer Hernie begleitet. In dem vor-

liegenden Falle war eine Hernie nicht vorhanden; eine Ursache für das Leiden ließ sich nicht feststellen. **Herhold** (Altona).

21) Cheyne. Intussusception of Meckel's diverticulum.

(Annals of surgery 1904. Dezember.)



Gelegentlich einer wegen Ileus ausgeführten Laparotomie mußte ein Knäuel eingestülpten Darmes reseziert werden. Das Präparat zeigte eine wahrscheinlich angeborene Darmstenose, welche durch ein eingestülptes Meckel'sches Divertikel verlegt war und auf diese Weise den Ileus hervorgerufen hatte. Der operierte Pat. genas. In der Literatur vermochte C. 16 Fälle von eingestülptem Divertikel zu finden. **Herhold** (Altona).

22) W. Heine (Dresden). Über Darm-Blasenfisteln infolge von Darmdivertikeln.

(Zentralblatt f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane Bd. XV. Hft. 8 u. 9.)

H. beschreibt einen Fall von Vesico-Intestinalfistel bei einer 59jährigen Frau. Die Probelaparotomie (Dr. Hänel, Dresden) ergab, daß die Flexura sigmoidea mit der Blase verwachsen war und an der Verwachsungsstelle eine harte Geschwulst bildete, die als Karzinom imponierte. In der Nähe saßen unter der Serosa rundliche Knötchen von Stecknadelkopf- bis Erbsengröße, von denen eines exzidiert wurde, und dessen mikroskopische Untersuchung ergab, daß es sich um kleine Darmdivertikel handelte. Bei einer zweiten Laparotomie wurde die Blase von der Flexur getrennt, wobei beide Hohlorgane eröffnet und sorgfältig durch Etagennähte wieder geschlossen wurden. Ausgiebige Tamponade der Bauchhöhle, Dauerkatheter. Der Urin bleibt nach der Operation frei von Formelementen, aus der Bauchhöhle geht am 24. Tage nach der Operation etwas Kot ab. Auch bei der Entlassung bestand noch eine kleine Wunde; die Harnbeschwerden hatten aufgehört.

Verf. hat in der Literatur noch sieben ähnliche Fälle auffinden können, die mit Ausnahme von zweien alle der neueren Zeit angehören, aus welchem Umstande sich schließen läßt, daß Divertikel häufiger, als man bisher glaubte, zu Vesico-Intestinalfisteln führen können, und daß früher auch bei Autopsien oft nicht die richtige Diagnose gestellt wurde, indem man den mit Divertikeln besetzten und durch entzündliche Veränderungen verdickten Darm für Karzinom ansah. In den von H. gesammelten Fällen saßen die Divertikel siebenmal an der Flexur, einmal im Mastdarm; immer handelte es sich um falsche Divertikel; fünfmal waren sie multipel, einmal fand sich nur eins. Die Symptome unterscheiden sich in nichts von denen bei Blasen-Darmfisteln anderer Ätiologie. Die Diagnose wurde erst bei der Sektion oder bei der Operation gemacht. Drei Fälle wurden intern behandelt, ohne geheilt zu werden; die Laparotomie mit Aufsuchen der Fistel und Verschluß der Öffnung wurde dreimal vorgenommen; zweimal trat Heilung ein, einmal stellte sich die Fistel wieder her, und es wurde eine Kolostomie gemacht; doch erlag Pat. einer interkurrenten Pneumonie. Auch ein zweiter Fall, wo primär die Kolostomie ausgeführt wurde, endete tödlich. Die Operation der Wahl ist die Freilegung der Fistel von der Bauchhöhle aus (bei tiefem Sitze vom Damme her) und Vernähen der Öffnungen. Als Palliativoperationen kämen die Kolostomie und die Enteroanastomose in Betracht. **Fr. Brunner** (Zürich).

23) **R. R. Wreden.** Drei Fälle operativer Heilung von Cholelithiasis.
(Russisches Archiv für Chirurgie 1904. [Russisch.])

1) Die 33jährige Pat. litt ca. 14 Tage an fieberhaften Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend. Sie war nie gelbsüchtig gewesen und hatte nie ähnliche Schmerzen gehabt. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus hatte sie neben einer Temperatur von 40,2 ein großes, schmerzhaftes Infiltrat im rechten Hypogastrium. Der Schnitt (8. Juli) parallel dem Lig. Pouparti führte auf den »infiltrierten Wurmfortsatz«, der reseziert wurde. Bei dem Versuche, die reichlichen Verklebungen in der Umgebung zu lösen, ergoß sich plötzlich von oben her eine beträchtliche Menge Eiter, in dem ein runder Gallenstein mit einer Facette gefunden wurde. Tamponade. Heilung bis auf eine Fistel, aus der sich zuletzt nur Schleim entleerte. Im September begann die Fistel unter Schmerzanfällen galligen Eiter zu entleeren. Am 16. Oktober Operation in der Überzeugung, daß noch ein Stein vorhanden sein müsse; die stark erweiterte Gallenblase war mit der Bauchwand verwachsen. Ein derber Narbenstrang zog von hier zu der unten gelegenen Fistelöffnung. Die Blase, die Galle, jedoch keinen Eiter enthielt, wurde geöffnet und nach Entfernung des ebenfalls nur eine Facette aufweisenden Steines wieder vernäht. Exzision des den Fistelgang enthaltenden Narbenstranges. Bauchnaht. Die Heilung wurde verzögert durch Fasciennekrose an der Bauchnaht. Pat. wurde am 2. März entlassen.

2) Vor 5 Jahren hatte die jetzt 29jährige Pat. einen einzigen, schweren Anfall von Gallenkolik mit Ikterus. Nach 4 Monaten völligen Wohlbefindens plötzlich unter Temperatursteigerung Schmerzen oberhalb der Symphyse, 1½ Wochen später entleerte Pat. eine beträchtliche Menge Eiter durch die Harnröhre. Einige Zeit darauf brach ein Abszeß in den Nabel durch. Da in der Tiefe der sich entwickelnden Fistel Steine zu fühlen waren, wurde inzidiert, und es gelang, 36 Gallensteine zu entfernen, worauf Pat. schnell genas. Vor einem Jahre mußte zwischen Nabel und Symphyse inzidiert werden, wobei eine glattwandige Höhle mit schleimigem Inhalte gefunden wurde. Da sich abermals eine — gegen die Gallenblase gerichtete — Fistel bildete, wurde operiert: der Fistelgang war wieder in einen narbigen Strang eingebettet. In der Gallenblase und im Cysticus ließen sich deutlich Steine fühlen. Wegen starker Verwachsungen war die Cystektomie unmöglich, die Blase wurde deshalb inzidiert, nach Entleerung der Steine tamponiert und in die Bauchwunde eingenäht, der Fistelgang freigelegt und ebenfalls tamponiert. Der Verlauf war ungestört, doch wurde Pat. mit einer Gallenfistel entlassen.

Im dritten Falle handelte es sich um eine glatt verlaufende Cystektomie.

Bemerkt sei noch, daß W. in allen Fällen den Schnitt vom Rippenpfeilerrand am lateralen Rande des rechten M. rectus entlang bis in die Höhe des Nabels führte.

V. E. Mertens (Breslau).

24) **M. A. Hallet.** Les perforations spontanées de la vesicule biliaire calculeuse dans la cavité péritonéale libre.
(Revue de gyn. et de chir. abdom. 1904. Nr. 5.)

H. vermehrt die vom Ref. im vorigen Jahre zusammengestellte Kasuistik um vier weitere Fälle. Zwei Kranke hat H. selbst operiert.

Fall 1: 45jährige Frau, litt seit 2 Jahren mehrfach an Magenkatarrh. 8 Tage vor der Operation neuer Magen-Darmkatarrh mit Schmerzen in der Gallenblasengegend, Erbrechen und leichtem Ikterus. Bei der Aufnahme in das Krankenhaus: Facies abdominalis; Puls 100, ziemlich kräftig, Temperatur 38°, Leib aufgetrieben, überall etwas schmerzhaft, stärker in der Gallenblasengegend. Kein Stuhlgang, keine Winde. — Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigten sich die Darmschlingen gerötet, aufgetrieben, mit Galle und Fibrin bedeckt. Zwischen Gallenblase und Colon transversum lagen vier facettierte Gallensteine. An der Unterfläche der Gallenblase fand sich ein 1 cm langer Riß, aus dem sich trübe Galle entleerte. Nach Erweiterung der Wunde wurde eine größere Anzahl Gallensteine entfernt. Annähung der Gallenblase. Tamponade und Drainage der Bauchhöhle. Nach

4 Tagen verschwand das Fieber. Die Schmerzhaftigkeit des Bauches ging rasch zurück. Heilung nach etwa 3 Monaten.

Fall 2: 50jährige Frau, die seit 13 Jahren Gallensteinkoliken hatte. Am 17. Juni 1903 neuer Anfall. Befund am 18. Juni: Puls 100, Temperatur 37°. Leib im Bereiche der Gallenblase schmerzhaft. Gallenblase orangengroß fühlbar. Im Laufe des Tages Erbrechen. Pulsfrequenz steigt auf 120, Temperatur subnormal. Bauch leicht aufgetrieben. Schmerzhaftigkeit in der rechten Oberbauchgegend. — Operation: Nach Eröffnung des Bauches entleerte sich gallige Flüssigkeit. An der Gallenblasenkuppe fand sich eine kleine Perforationsöffnung, in ihr ein Gallenstein. Nach Erweiterung der Öffnung wurden zahlreiche Gallensteine entfernt. Annähung der Gallenblase an die Bauchdecken. Drainage der Gallenblase. Tamponade der Bauchhöhle, teilweise Bauchdeckennaht. Baldige Genesung.

Die Mitteilung von Thiel (3. Fall) ist den Lesern des Zentralblattes bekannt.

Der 4. Fall ist von Roersch in den Ann. de la soc. méd.-chirurg. de Liège, 1904, Nr. 2 mitgeteilt und wurde von v. Winiwarter operiert.

Die 67jährige Frau bot früher nie Zeichen einer Cholelithiasis. Sie bekam plötzlich heftige Leibschmerzen. Es stellte sich Brechneigung ein. Die rechte Bauchseite war sehr schmerzhaft. Am nächsten Tage war der Bauch aufgetrieben und überall schmerzhaft. Es bestanden die Zeichen eines Darmverschlusses. Bei der nach etwa 24 Stunden vorgenommenen Laparotomie waren die Darmschlingen aufgetrieben. In der Bauchhöhle fand sich Galle. Die kleine Gallenblase hatte ein großes Loch, in welchem ein Gallenstein lag. Trotz Tamponade und Drainage der Bauchhöhle starb die Kranke 20 Stunden nach der Operation.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich noch über einen hierhergehörigen Fall berichten, den v. Burckhardt operiert hat. Er ist in einer Arbeit v. Burckhardt's »Über akute fortschreitende Peritonitis usw.«[1] eingeflochten und kaum auffindbar. Mir war er entgangen, und ich wurde erst durch den Verf. in dankenswerter Weise darauf aufmerksam gemacht.

Die Kranke war 36 Stunden vor der Aufnahme in das Krankenhaus mit »Magenkrämpfen« erkrankt, die sie schon mehrfach gehabt hatte. Es stellte sich Erbrechen ein, die Schmerzen wurden heftiger.

Befund: Die Gesichtszüge waren verfallen und erinnerten lebhaft an den abdominalen Habitus, Respiration frequent und mühsam. Temperatur 39,5, Puls gegen 100, ziemlich voll. Bauch in der rechten Hälfte stark gespannt, unten mehr oder weniger druckempfindlich. — Die seit langer Zeit bestehenden Magenkrämpfe veranlaßten — beim Fehlen anderer Anhaltspunkte — zur Annahme einer Gallenblasenoperation. — Etwa 18—20 Stunden nach der Aufnahme ins Krankenhaus wurde die Laparotomie ausgeführt. In der Bauchhöhle fand sich trübe, galliggefärbte Flüssigkeit. Die Gallenblase hatte an ihrem vorderen Umfang ein kaum pfennigstückgroßes Loch mit gangränösen Rändern. Aus der Gallenblase quoll ikterischer Eiter, es wurden eine Unmasse Gallensteine aus ihr entfernt. Einnähung eines Drainrohres in die Gallenblase. Drainage und Tamponade der Bauchhöhle.

Unmittelbar hinterher Aufhören der Schmerzen und Besserung des subjektiven Befindens. Temperatur abends auf 36,6° gesunken, Puls auf 80 zurückgegangen. Am anderen Tage 38,6°, vom 4. Tag an normale Temperatur. Die ersten Blähungen erfolgten nach 24 Stunden, etwas später erfolgte auf Glyzerinklysma Stuhl. 11 Wochen nach der Operation waren die Wunden geschlossen. Pat. ist wohl geblieben.

Es liegen somit 16 operierte Fälle von Perforation der steinhaltigen Gallenblase in die freie Bauchhöhle vor; 4 sind gestorben, 12 geheilt.

Neck (Chemnitz).

25) D. Mann. Obstruction of the inferior vena cava.

(Edinburgh med. journ. 1904. Juli.)

Eine 27jährige Frau, welche aus gesunder Familie stammte und 5 Jahre lang wegen Anämie behandelt war, bekam 4 Wochen nach einer mit starker Blutung

[1] Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LV. p. 377.

einhergehenden Entbindung Schmerzen im Leibe, Rücken und in der rechten Hüfte; letztere war auch stark geschwollen. Die Leibschmerzen waren nur im Epigastrium vorhanden. 14 Tage später Ascites, welcher dreimal durch Punktion entleert wurde. Die oberflächlichen Bauchvenen waren stark geschwollen, nach der Entleerung des Ascites konnte die Leber als stark vergrößert durchgefühlt werden. Erbrechen nur in der ersten Zeit, aber nicht regelmäßig. Kein Ödem der Beine, zweimal wurden im Harne Spuren von Eiweiß gefunden, sonst war der Urin frei von Albumen. Die Verdauung war normal. 9 Wochen später Tod. Die Autopsie ergab neben ausgedehnter chronischer Peritonitis und Heraufdrängung der Brustorgane durch den Ascites beiderseitige Hydronephrose, Verdickung der Harnleiter, Verwachsung der Leber mit dem Zwerchfelle, der rechten Niere, dem Colon transversum und dem Magen. Die Leber bot das Bild der roten Atrophie mit ausgedehnter Thrombose der Lebervenen. Die Vena cava inferior hatte einen unregelmäßigen Verlauf, die adventitielle Scheide war verdickt; in der Höhe der rechten Nebenniere lag das Gefäß zwischen den Verwachsungen der Leber mit dem Zwerchfelle, die Lichtung hier teilweise durch einen organisierten Thrombus verschlossen, im übrigen aber frei.

Verf. meint, daß die Peritonitis das Primäre gewesen sei, die sekundär zur Periphlebitis und Endophlebitis der Vena cava inferior sowie der größeren Pfortaderäste geführt habe. **Jenckel** (Göttingen).

26) T. Jonnescu (Bukarest). Multiple abdominale und pelviale Hydatidencysten.

(Soc. de chir. in Bukarest, Sitzung vom 14. April 1904.)

Es handelte sich in diesem Fall um eine 30jährige Frau, die J. vor 3 Jahren an einer kindskopfgroßen, mit der Bauchwand verklebten Echinokokkuscyste der Leber operiert hatte. Bei der Inzision des Bauchfelles wurde auch die Blase eröffnet, und ein Teil des Inhaltes, einige Blasen und etwas Flüssigkeit, flossen in die Bauchhöhle. Die Heilung verlief anstandslos, aber 3 Jahre später stellte sich Pat. mit vielfachen Bauchgeschwülsten wieder vor. Die vorgenommene Operation ergab das Vorhandensein zahlreicher, bis orangengroßer Echinokokkencysten an verschiedenen Stellen des Bauchraumes, unter der Leber, an der Bauchwand, außerdem in jedem Lig. latum eine orangengroße, mit der Gebärmutter fest verwachsene Cyste. Es wurde die totale Kastration vorgenommen, da auch sonst die Organe chronische, krankhafte Veränderungen zeigten. Die Heilung erfolgte auch diesmal anstandslos. J. ist der Ansicht, daß diese Cysten auf dem Wege der direkten Impfung entstanden sind, daß aber die intraligamentären Blasen wegen ihrer subperitonealen Lage auf einer Infektion von seiten der Blutbahn zurückzuführen sind.

In der folgenden Diskussion sprach Cohn die Ansicht aus, daß auch die als intraligamentär angesehenen Cysten doch auf dem Wege der direkten Impfung entstanden seien, da derartige Gebilde, selbst wenn sie sich auf dem Bauchfell entwickeln, doch mit der Zeit eine Hülle von Pseudomembranen erhalten, welche dann den Anschein erwecken, als ob es sich um eine subseröse Entwicklung gehandelt hätte. Die genaue Diagnose wäre in solchen Fällen nur auf mikroskopischem Wege zu stellen. **E. Toff** (Braila).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 8. Sonnabend, den 25. Februar. 1905.

1) **J. Sobotta.** Grundriß der deskriptiven Anatomie des Menschen. II. Abteilung: Die Eingeweide des Menschen einschließlich des Herzens.
München, **J. F. Lehmann,** 1904.

2) **J. Sobotta.** Atlas der deskriptiven Anatomie des Menschen. II. Abteilung.
(Ebenda.)

Die beiden sich gegenseitig ergänzenden Bücher (Text und Atlas) stellen ein musterhaftes, wertvolles Lehrbuch der normalen Anatomie

dar. Während die wörtliche Darlegung bei knapper, übersichtlicher Form alles Wissenswerte in möglichster Vollständigkeit mit Berücksichtigung neuer Forschungsergebnisse bringt, begleiten den Atlas nur kürzere Textworte. Die Abbildungen im Atlas sind von wunderbarer Schönheit und Klarheit; ja von künstlerischem Wert. In vortrefflicher Auswahl wechseln halbschematische mit naturgetreuen Bildern, die fast sämtlich in natürlichen Farben gehalten sind; nur einige sind schwarz gehalten, vereinzelte schematisch koloriert. Mit überraschender, erschöpfender Vielseitigkeit sind in den einzelnen Kapiteln immer wieder neue Durchschnittbilder und Ansichten in verschiedener Richtung gebracht, was bei der Eingeweidelehre besonders bedeutungsvoll ist und das Buch gerade für den Chirurgen so wertvoll macht. Wo es angängig war, sind die Namen in oder neben die Figuren eingetragen, sonst finden sich Erklärungsfiguren, Schemata daneben. Auf diese Weise ermöglicht der Atlas eine sehr schnelle Orientierung und darf daher gleichen Wert als Lehrbuch, wie als Nachschlagebuch beanspruchen. Die Bilder stammen von Herrn Maler K. Hajek.

Das Werk kann somit lebhaft empfohlen werden.

Schmieden (Bonn).

3) **O. v. Schroen.** Der neue Mikrobe der Lungenphthise und der Unterschied zwischen Tuberkulose und Schwindsucht.

München, **Carl Haushalter,** 1904.

v. S., ord. Professor der pathologischen Anatomie in Neapel, veröffentlicht in Form eines Vortrages die Ergebnisse seiner Untersuchungen über die Ätiologie der Tuberkulose und Schwindsucht.

Zunächst demonstriert er an zahlreichen Mikrophotogrammen, daß die käsigen Massen in den Lungen der Phthisiker, die man bisher entweder als käsige Pneumonie oder als nekrotisches Lungengewebe anzusehen pflegte, zum größten Teile nichts anderes sind als eine hochorganisierte Parasitenmasse.

Es handelt sich dabei um einen arboreszierenden, fruktifizierenden, später verschleimenden und verkäsenden Fadenpilz, der hinsichtlich seiner Klassifikation zwischen den Hyphomyceten und Streptotricheen zu stehen scheint. Er ist der Erzeuger der Phthise. Er verzehrt vor allem die roten Blutkörperchen, dann auch die Gefäßendothelien. Durch den Zerfall der verkästen und verschleimten Massen entstehen die Kavernen.

Tuberkulose und Phthise sind zwei auch ätiologisch ganz verschiedene Prozesse; erstere wird vom Tuberkelbazillus, letztere von dem neuen Mikroben erzeugt.

Der Tuberkelbazillus selbst ist auch kein einheitliches Gebilde, sondern nur ein Ring in einer großen Kette einer polymorphen Pflanze, welche die Tuberkulose hervorruft. Er kann sich so lange virulent im Körper halten, weil er sehr resistente Kapseln besitzt.

Die Phthise ist das Sekundäre, die Tuberkulose das Primäre. Meist arbeiten beide einander in die Hände, in seltenen Fällen vernichtet der Phthiseerreger den Tuberkelbazillus.

Der Tuberkelbazillus hat einen spezifischen Kristall, an dem man die beginnende Tuberkulose diagnostizieren kann, bevor Tuberkelbazillen im Sputum erscheinen; es handelte sich um einen Rhombus, dessen Auffinden in Lunge und Sputum keine Schwierigkeiten macht.

Auch der Mikrobe der Phthise erzeugt einen Kristall, ein stark polarisierendes Prisma, dessen Auffinden in der Lunge leicht, in der Kultur und im Sputum schwer ist.

Der bisher mangelhafte Erfolg der Serumtherapie erklärt sich daraus, daß die Sera nur von den Toxinen des Tuberkelbazillus abgeleitet wurden.

M. v. Brunn (Marburg).

---

4) **W. Ford Robertson** und **H. Wade.** Researches into the etiology of carcinoma on the presence of plasmodiophorae in carcinomatous tumors and the successful culture of the parasites.

(Lancet 1905. Januar 28.)

Der von Verff. in Edinburg bei Karzinom gefundene und gezüchtete Parasit verhält sich vollkommen analog dem Parasiten der Kohlhernie, der Plasmodiophora brassicae. Die ausgedehnten Untersuchungen der Verff. erstreckten sich zunächst auf den Kohlhernienparasiten, den sie in sieben verschiedenen Entwicklungsphasen verfolgen und kulturell untersuchen konnten. Sodann wiesen Verff. sehr verschiedenartig aussehende Körperchen bei Karzinom nach; diese wurden dann schließlich durch Kulturverfahren völlig analog den Phasen des Kohlhernienparasiten rubriziert. Der Nachweis des Parasiten geschah mit der Silbermethode und Goldtonung, der nach Bedarf eine Methylviolett-Gegenfärbung folgte. Die genaue Beobachtung des granulierten und postgranulierten Stadiums des Parasiten bildet nach den Verff. die Lösung für diesen spezifischen Parasitismus für Karzinom. — Die beobachteten Entwicklungsphasen beider Plasmodiophorae sind tabellarisch zusammengestellt gezeichnet. In zehn Mikrophotographien werden die Körperchen z. T. aus Schnitten von Kulturen demonstriert. Gezüchtet wurden die Parasiten von frischoperierten, mit allen Kautelen behandelten Mamma- und Intestinalkarzinomen. — Negativ blieben bislang alle Kulturversuche aus Sarkom. — Eine genaue Beschreibung des angewandten Ammonium-Silberprozesses und der Palladium-Goldtonung sind als Anhang der interessanten Arbeit beigegeben. — Ob uns diese Arbeit, sicherlich das Produkt vieler Sorgfalt und Mühen, auf dem bislang so wenig geklärten Gebiet einen Schritt weiter bringt?

H. Ebbinghaus (Dortmund).

---

5) **A. Chipault.** Chirurgie nerveuse d'urgence.

Paris, J.-B. Baillière et fils, 1904. 96 S.

Verf. hat in diesem Bande der Actualités médicales die dringlichen Fälle der Chirurgie des Nervensystems geschickt herausgehoben und übersichtlich zusammengestellt, so daß sein Werkchen als ein guter Führer auf diesem schwierigen Gebiet gelten kann.

Im ersten Teile bespricht er die verschiedensten Hilfsmittel zur Narkose und Operation, wobei er die besonderen Abweichungen bei den Nervenoperationen genau kennzeichnet. Als Anästhetikum der Wahl betrachtet er das Chloroform, da es eine relative Blutleere des Gehirns bewirkt, welche die Blutungsgefahr bei Schädeleröffnungen herabmindert. Zur Bekämpfung der Blutungen aus den Venen der Diploe empfiehlt er als letztes Mittel, die Knochenöffnungen mit einer Masse aus 6 Teilen Wachs, 2 Teilen Öl und je 1 Teil Antipyrin und Thymol auszufüllen.

In den übrigen drei Abschnitten erörtert C. die bei Verletzungen und infektiösen Erkrankungen nötigen Eingriffe am Schädel und Gehirn, an Wirbelsäule und Rückenmark und an den peripheren Nerven. Auch die Frage des Transportes und der ersten Versorgung wird an geeigneten Stellen berührt. Die besonders häufig vorkommenden Fälle werden in allen praktisch möglich werdenden Einzelheiten besprochen. Kurze anatomische Vorbemerkungen werden jedem der drei Teile vorangeschickt. Ausspülungen des Gehörganges bei Basisfrakturen, die Verf. empfiehlt, werden wohl von der Mehrzahl der Chirurgen nicht mehr angewandt. Recht ausführlich sind die otitischen Affektionen des Warzenfortsatzes, Schädels und Gehirns, die ja oft schnelle Hilfe erheischen, abgehandelt.

Das Buch würde sich in Notfällen noch brauchbarer erweisen, wenn ihm Abbildungen beigegeben wären. **Gutzeit** (Neidenburg).

---

6) **Winiwarter.** Untersuchungen über die Einwirkung von Alkoholverbänden auf Entzündungsprozesse in der Haut.

(Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie. Festschrift für Rudolf Chrobak.)
Wien, Alfred Hölder, 1903. 26 S., 2 Abbild.

W. hat die von Plato begonnenen Versuche nach dessen Tode fortgesetzt und nun die Gesamtergebnisse veröffentlicht. In vier Versuchsreihen wurde versucht 1) eine Verzögerung des Infiltrates zu erzielen, 2) ein bestehendes Infiltrat zu beseitigen, 3) die Wirkung des Alkohols zu steigern und 4) die üblen Nebenwirkungen des Alkohols zu beseitigen, beziehungsweise zu vermindern. In den ausgesprochenen Versuchen der ersten Reihe — die Versuchsanordnung selbst, sowie die Einzelheiten des makro- und mikroskopischen Befundes müssen im Original eingesehen werden — lag die ganze Reaktion des Gewebes in einer hochgradigen Transsudation ohne jegliche Beihilfe von Leukocyteneinwanderung, so daß kein Zweifel darüber bestehen konnte,

daß der Alkoholverband eine hemmende Wirkung auf das Infiltrat ausgeübt. Die stärkste Reaktion wurde mit absolutem und 96 % igem Alkohol erzielt; 10 % Alkohol ergab keine nachweisbare Einwirkung. Durch Kombination mit heißen Breiumschlägen, Salizylsäure und Resorcin kann der Einfluß des Alkoholverbandes gesteigert werden, während Seifenspiritus entzündungsvermehrend wirkt. Die gleichzeitige Anwendung von Zinkpaste oder 10 % igem und 20 % igem Glyzerin beseitigt die Nachteile des Alkohols, schwächt aber dessen günstige Wirkung in jeder Hinsicht ab. **Dettmer** (Bromberg).

7) **Kieffer.** A new material for sutures and ligatures.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1904. November 19.)

Die langen Flexoren- und Extensorensehnen an den Beinen der großen Sumpfvögel, speziell der Kranicharten, bieten ein sehr gutes Material zu resorbierbaren Nähten und Unterbindungen. K. hat besonders die Sehnen von Ardea herodias (blauer Kranich) occidentalis, Grus canadensis et americana geprüft. Die Festigkeit dieser etwa 30—45 cm langen Sehnen ist recht bedeutend — im Durchschnitt reißen sie erst bei 30 Pfund Belastung; auch an geknoteten Stellen erlitt die Festigkeit keine Einbuße. Die Fasern dieser Sehnen verlaufen in der ganzen Länge parallel, im Gegensatze zur Kängurusehne, die häufig schräge Faserzüge aufweißt; die Kranichsehne ist platt und daher leicht einzufädeln. Die Gewinnung kann fast aseptisch gestaltet werden, Jodsterilisation nach Claudius erhöht ihre Festigkeit noch. In einigen Fällen von Amputation hat Verf. die Sehnen als Unterbindungs-, in Fällen von Hernienradikaloperation als Nahtmaterial gebraucht. Gerade zu Nähten, die nicht schnell resorbiert werden sollen, sind sie nach seinem Berichte sehr brauchbar. Bei einem Bruchoperierten konnte die tiefe Naht noch über 4 Wochen nach der Anlegung gefühlt werden. Bei Hundeversuchen waren schwächere nach 6 Wochen völlig verschwunden, stärkere sehr verdünnt, hatten aber doch noch Zugfestigkeit von etwa 5 Pfund. Obwohl er nur die Sehnen weniger in Amerika heimischer Sumpfvögel probiert hat, hält Verf. die der meisten größeren ihrer Art für brauchbar und weist auf diese überall vorkommenden Vögel auch als Hilfsmittel in der Not, z. B. für den Militärarzt, hin. **Trapp** (Würzburg).

8) **C. Lewin.** Über das Epinephrin. (Aus dem städtischen Krankenhause Gitschinerstraße in Berlin.)

(Fortschritte der Medizin 1905. Nr. 1.)

Verf. hat das von Aberhalden und Bergell dargestellte Epinephrin einer eingehenden praktischen Prüfung unterzogen und ist dabei zu folgenden Resultaten gelangt:

»Die Lösungen, auch die käuflichen, färbten sich bei längerem Stehen nicht, blieben wasserklar, obwohl die betreffenden Flaschen häufig geöffnet wurden. — Das Epinephrin scheint unser reinstes

Nebennierenpräparat zu sein; es ist billiger als Adrenalin und Suprarenin. — Indikation und Konzentration wie bei den übrigen Nebennierenpräparaten.

Kronacher (München).

---

9) **Läwen.** Quantitative Untersuchungen über die Gefäßwirkung von Suprarenin.

(Archiv für experim. Pathologie und Pharmakologie Bd. LI. p. 415.)

Die Einzelheiten der Untersuchungsmethode und Wertbestimmungen müssen im Original nachgesehen werden. Als Ergebnis dieser Untersuchungen ist hervorzuheben: 1) die Abhängigkeit der Suprareninwirkung von der Höhe der angewandten Dosis, 2) daß wahrscheinlich eine Affinität von Zellen der Gefäßwand zum Suprarenin im Sinne einer starken elektiven Aufnahmefähigkeit vorhanden ist, 3) daß es sich hierbei wahrscheinlich um die glatten Muskelzellen handelt, und 4) daß das Suprarenin auch bei sistierender Zirkulation jedenfalls unter der Tätigkeit der glatten Gefäßmuskelzellen zerstört wird. In Verbindung mit Kokain konnte volle Suprareninwirkung erzielt werden, während in Verbindung mit Eukain oder Tropakokain eine starke Abschwächung resp. bei letzterem Mittel sogar eine volle Aufhebung der Wirkung des Suprarenins beobachtet wurde. Für die Praxis ist somit nur die Anwendung von Kokain-Suprareningemischen zu empfehlen.

Dettmer (Bromberg).

---

10) **E. Neisser** und **K. Pollack.** Die Hirnpunktion.

(Mitteilungen aus d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4 u. 5.)

Die vorliegende Arbeit bildet einen sehr wesentlichen Fortschritt in der Diagnostik und zum Teil auch Therapie der Gehirnerkrankungen. Denn, während bisher nur ganz gelegentlich einmal zu diagnostischen Zwecken oder zwecks Injektion von Tetanusserum in die Ventrikel eine Punktion des Gehirns durch den unversehrten Schädel hindurch vorgenommen wurde, haben Verff. nicht bloß ein sehr einfaches Verfahren für die Punktion angegeben, sondern es auch systematisch bei allen geeigneten Fällen, d. h. bei 36 Pat. 136mal angewendet.

Zunächst wird die Technik der Punktion beschrieben. Am rasierten Schädel wird nach den bekannten Methoden der Punkt bestimmt, welchen man im Gehirn treffen will. Ein feiner Bohrer mit planparallelen Flächen, welcher ein Loch von $2^1/_3$ mm im Durchmesser setzt, wird mit einem Elektromotor in Rotation gesetzt; unter sanftem Druck dringt derselbe spielend leicht durch Haut und Knochen. Man fühlt deutlich den verschiedenen Widerstand, den die Tabula externa, die Diploë, die Tabula interna bietet, fühlt deutlich wie der Widerstand aufhört und läßt nun den Motor abstellen. Es gelingt bei einiger Übung mit großer Sicherheit, die Verletzung der Dura zu vermeiden. Der Bohrer wird zurückgezogen und an seiner Stelle die feine, graduierte Nadel einer Punktionsspritze eingeführt bis zu der Tiefe, in welcher man etwas Pathologisches vermutet. Narkose wird nie notwendig; nur die Haut wird mit Chloräthyl anästhesiert, und es ist

erstaunlich, wie gut der Eingriff ertragen wird: höchstens eine leise Schmerzäußerung bei Durchbohren des Periostes resp. der Dura, oft auch das nicht einmal. Es werden sodann die Stellen genau angegeben, an denen man die einzelnen Hirnbezirke trifft, sowie die Punkte, in denen am häufigsten Abszesse und Blutergüsse zu punktieren sind. Gefahr, eine größere Arterie oder Vene zu verletzen, besteht nur am untersten Teile der Zentralwindungen, also im Facialis-, Hypoglossuszentrum, der Broca'schen Windung; hier wird man also die Indikationen für die Punktion etwas strenger ziehen. Im klinischen Teile der Arbeit werden die Beobachtungen in Gruppen zusammengestellt nach den einzelnen Affektionen.

In elf Fällen gelang es, Blut im Gehirn durch die Punktion nachzuweisen, ohne daß zum Teil die Anamnese das Vorhandensein eines Hämatoms vermuten ließ. In zwei dieser Fälle wurde das Blut durch Aspiration (einmal 180 g!) so gründlich entfernt, daß völlige Heilung eintrat. Besonders wertvoll war die durch Punktion festgestellte Diagnose in einem Fall, in welchem Ref. auf Grund desselben trepanierte und ein mächtiges intradurales Hämatom entleerte. Es ist ganz auffallend, daß gerade hierfür noch nie die methodische Punktion empfohlen ist; in wenigen Minuten ist durch die Punktion eine Entscheidung gefällt, die dem Operateur Sicherheit gibt, ihm Zeit und Mühe, dem Pat. Blut erspart.

Es folgen eine Reihe von Fällen, in denen durch die Punktion Hämatoidine, Cystenflüssigkeit, Eiter, serös-eitrige Flüssigkeit, Geschwulstgewebe, Liquor cerebrospinalis zutage gefördert wurde. Besonders hervorzuheben sind zwei dieser Fälle. Bei einem Pat. mit den schwersten Erscheinungen einer nicht lokalisierbaren Hirngeschwulst, der moribund eingeliefert wurde, förderte die Punktion aus der linken hinteren Schädelgrube eine sehr eiweißreiche Flüssigkeit zutage, so daß die Diagnose auf Meningealcyste gestellt wurde. Noch sechsmal im Verlaufe von 1¼ Jahren wurde die Punktion wiederholt; die bedrohlichen Erscheinungen schwanden stets prompt. Bei dem anderen Falle stellte die Punktion die Lokalisation einer Hirngeschwulst, welche auf Grund des klinischen Bildes unmöglich war, in überraschender Weise fest. Ref. entfernte daraufhin mit Glück ein walnußgroßes Endotheliom aus dem Stirnhirn; ohne die Punktionsdiagnose, bei der Geschwulstpartikelchen zutage gebracht wurden und die histologische Bestimmung der Geschwulst erlaubten, würde man sich zur Trepanation entschlossen haben, oder hätte wenigstens eine ausgedehnteste Hemikraniotomie machen müssen, während so ein Wagner'scher Lappen von 5 cm Durchmesser zur Exstirpation genügte.

Endlich folgt eine Anzahl von Fällen, in denen die Punktion ein negatives Resultat hatte, so daß man die Diagnose auf Hirnabszeß oder Geschwulst fallen lassen konnte. Die ausführliche Wiedergabe sämtlicher Krankengeschichte beschließt die Arbeit, welche ohne Zweifel den Anstoß geben wird zur ausgiebigen Anwendung der Hirnpunktion.

Haeckel (Stettin).

---

11) **Delagénière** (le Mans). Nouveau traitement de l'épilepsie par la ligature du sinus longitudinal supérieur au-dessus du pressoir.

(Arch. prov. de chir. 1904. Nr. 10.)

Von der Beobachtung ausgehend, daß bei der Auslösung epileptischer Anfälle meist eine dauernde Dilatation der Venen an der Oberfläche der Hirnhemisphäre eine Rolle spielt, daß zirkulatorische Störungen demgemäß eine ursächliche Bedeutung haben müssen, glaubt D. durch Ligatur des Sinus longitudinalis im hinteren Abschnitte die Epilepsie mit Erfolg behandeln zu können.

Der Mitteilung zweier Fälle, von denen der eine 1902, der andere 1904 im Juni operiert ist, werden noch länger fortgesetzte Beobachtungen folgen müssen, ehe man von einem Dauererfolge der Methode sprechen kann. **Stolper** (Göttingen).

---

12) **A. Mouchet.** Die Riga'sche Krankheit.

(Gaz. des hôpitaux 1905. Nr. 1.)

M. hält es für notwendig, an diese zwar seltene, aber wichtige Krankheit wieder zu erinnern (vgl. d. Bl. 1899 Nr. 22).

Das Leiden besteht in einer Ulzeration am Frenulum der Zunge von 6—18 Monate alten Säuglingen. Das etwa linsengroße Geschwür reitet auf dem Frenulum, prominiert etwas und hat meist einen glatten Rand. Die Oberfläche bedeckt ein Exsudat in Gestalt weißer Flecken oder eines grauen Schleiers, das schwer abzuziehen ist und sich schnell neu bildet. Charakteristisch für das Riga'sche Geschwür ist, daß es stets einfach ist, nie multipel.

Die Krankheit kommt vor 1) bei Kindern, die sehr scharfe oder spitze Schneidezähne haben; ein solcher Fall veranlaßt M. zu seiner Mitteilung, und 2) bei Kindern mit schwerer Gastro-Enteritis.

Da das Geschwür nie Neigung zu spontanem Rückgang hat, muß stets eingegriffen werden. Es genügt fast immer mehrmalige Ätzung mit Jod oder Höllenstein. In seltenen Fällen ist chirurgische Intervention nötig geworden. **V. E. Mertens** (Breslau).

---

13) **O. Föderl.** Über Caput obstipum musculare.

(Arbeiten aus dem Gebiete der klinischen Chirurgie. Dem Andenken Gussenbauer's gewidmet.)

Wien, **W. Braumüller,** 1903. S.-A. p. 217—262. 46 Abb.

Um sowohl die funktionellen als die kosmetischen Forderungen bei der Operation des Caput obstipum zu erfüllen, wandte Verf. in Gussenbauer's Klinik folgendes Verfahren an. Es wurden von einem zwischen beiden Portionen des Kopfnickers geführten, 3 cm betragenden Längsschnitte aus die einzelnen Anteile des Muskels durch die Verschiebung der Wundränder schrittweise der Präparation zugänglich gemacht und die klavikulare Portion von ihrem Ansatz und der Unterlage bis zum gemeinsamen Kopfe gelöst. In dieser Höhe durch-

trennte man den sternalen Teil, so daß bei der folgenden Stellungskorrektur die freipräparierten Muskelköpfe verschoben und ihre Querschnitte durch Catgutnähte vereinigt werden konnten. Dadurch wurde eine der klavikularen, verschobenen Portion entsprechende Verlängerung des Muskels erzielt, und das Redressement gelang nach der Exzision der übrigen gespannten Teile des Platysma, der Halsfascie und des Cucullaris leicht. Das Resultat war so befriedigend, daß es zur Wiederholung des Verfahrens in anderen Fällen aufforderte, um so mehr, als wenige Monate später Bayer in Prag seine Erfahrungen über die auf einer analogen Überlegung basierende, plastische Achillotenotomie in einer Publikation niedergelegt hatte und günstige Erfolge verzeichnen konnte. Die Operation ist einfach, und der Ausfall der klavikularen Portion beeinträchtigt das kosmetische wie auch das funktionelle Resultat nicht. Die Bedenken, welche sich in letzterer Hinsicht bei jeder anderen Radikaloperation geltend machen, sind hier ohne Berechtigung.

An Gussenbauer's Klinik wurden in der Zeit von 1897—1900 14 Fälle von muskulärem Schiefhalse nach der von F. angegebenen Methode der Myoplastik operiert. Die mitgeteilten Krankengeschichten nebst Abbildungen geben hierüber näheren Aufschluß. Die Operationen der letzten 2 Jahre wurden in den Bericht nicht aufgenommen, da die Beobachtungsdauer noch zu kurz war, um von Dauerresultaten sprechen zu lassen.

Es ist nicht nötig, einen längeren Schnitt als einen solchen von 3—4 cm zwischen den beiden Köpfen des Musculus sterno-cleido-mastoideus zu führen. Durch Verschiebung der Wundränder entsteht Raum genug, um alle in Betracht kommenden Gebilde zur Anschauung zu bringen. Außerdem erweitert sich der Schnitt unter der fortschreitenden Durchtrennung der sich spannenden Stränge hinlänglich, um auch in der Tiefe präparieren und vorhandene Lymphdrüsen exstirpieren zu lassen, nachdem einerseits die vom Schlüsselbein abgelöste Portion des Muskels nach oben und der in der Höhe des Caput commune durchtrennte sternale Kopf nach unten freipräpariert worden ist. Es empfiehlt sich, den klavikularen Teil soweit als möglich vom sternalen Kopfe zu isolieren, um das größte Ausmaß der Verlängerung bei der folgenden Naht der beiden Muskelstümpfe zu erzielen, damit auch bei einer Überkorrektur der Kopfstellung sich keine Spannung ergibt.

Die Querschnitte der hoch oben durchtrennten sternalen Portion und des verschobenen klavikularen Kopfes wurden zirkulär mit Catgut vernäht. Nach der Naht der Hautwunde wurde bei einer bis zur aufrechten Stellung korrigierten Kopfhaltung ein Verband angelegt und in diesem durch einen elastischen Zug, welcher im Sinne des kontralateralen Muskels wirkte, in der 2. Woche mit der Überkorrektur begonnen. Im allgemeinen war die Nachbehandlung in der 3. Woche nach der Operation mit einem zufriedenstellenden Resultat abgeschlossen. Die durchschnittliche Dauer des Spitalsaufenthaltes betrug 18 Tage.

Die Korrektur im unmittelbaren Anschluß an die Operation wurde nur bis zur aufrechten Stellung vorgenommen, wobei in zwei Fällen am Halse und selbst am Brustkorb unterhalb des Schlüsselbeins Emphysem auftrat. Letzteres wurde darauf zurückgeführt, daß bei der Stellungskorrektur die von der Unterlage nicht freipräparierte Haut abgehoben und Luft in die Gewebsmaschen aspiriert wurde. Nur einmal wurde eine Überkorrektur durch das modellierende Redressement nach Lorenz ausgeführt. Von diesem Verfahren wurde später abgestanden, da die betreffende Pat. während dieses Manövers einen Kollaps erlitten hatte.

An die klinische Besprechung des Materiales reiht Verf. einige Betrachtungen über die von Lorenz aufgestellten zwei Typen des Schiefhalses, ferner über die Beteiligung der Wirbel und Bänder und über die Ätiologie. Die angeborene Dystrophie des Muskels ist nach F. zurückzuführen auf Kompression von seiten der Schulter infolge intra-uteriner Raumbeschränkung und dadurch bedingte Ischämie des Muskels. »Die Annahme der Ischämie entspricht dem Haupterfordernis einer Hypothese über die Ätiologie der Kopfnickerkontraktur, daß sie einen mit anderen Tatsachen der Pathologie widerspruchslosen Erklärungsgrund für den Symptomenkomplex des Caput obstipum zu geben vermag.«

J. Riedinger (Würzburg).

---

14) **A. Schanz.** Über das Rezidiv nach Schiefhalsoperationen.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4.)

Eine Verlängerung des Kopfnickers so weit, daß eine normale Stellung des Kopfes und Halsbewegungen in normalen Grenzen ermöglicht werden, muß der wesentliche Inhalt jedes Behandlungsversuches beim muskulären Schiefhals sein. Leider gelingt aber die Erfüllung dieser Aufgabe auch bei dem radikalsten Verfahren nicht immer. Worin liegt die Ursache? Wohl bei den meisten Fällen ist die Beeinträchtigung des Resultates nicht durch die Mangelhaftigkeit der Operation, sondern durch einen Prozeß, der nach der Operation einsetzte, erzeugt worden und in der Bildung bindegewebiger Stränge unter der Haut besteht. Zur Verhütung dieser oder zu kurzer Stränge empfiehlt Verf. einen nach der Operation anzulegenden, extendierend wirkenden, möglichst dicken Watteverband, der etwa 6 Wochen liegen bleibt.

Der Verband wird mit günstigem Erfolge von S. auch bei der Behandlung der Spondylitis cervicalis verwandt.

J. Riedinger (Würzburg).

---

15) **H. Delore.** Cancer de la thyroide.

(Revue de chir. XXIV. ann. Nr. 5, 10 u. 12.)

Seine Tätigkeit mitten im Kropfzentrum Lyon unter Poncet's bewährter Leitung setzte D. instand, eine wertvolle klinische Darstellung des Themas niederzulegen, aus der mancherlei zu lernen ist,

wenn auch der größte Teil des gegebenen als bekannt vorausgesetzt werden darf.

Das Karzinom der Schilddrüse ist eine Krankheit der Kropfgegend, findet sich häufiger bei Frauen als Männern, befällt meist Leute jenseits der 40er, ohne jedoch vor der Pubertät zu fehlen, und entwickelt sich in fast 83% auf bereits bestehenden Kröpfen.

Was den Krebs der Schilddrüse besonders auszeichnet, ist seine frühzeitige Metastasenbildung; wohl kann er auch schnell infiltrierend am Halse bretthharte Geschwülste mit und ohne frühzeitige Drüsenmetastasen bilden, oft jedoch ist er an Ort und Stelle kaum nachweisbar, in der Drüse (intrakapsulär) entwickelt, und noch ehe sein Vorhandensein erkannt wurde, waren schon zahlreiche entfernte Lungen- und Knochenmetastasen nachweisbar (forme médicale). Die erst gekennzeichnete (forme chirurgicale) infiltrierende Schwellung führt zur Kompression, Knickung, Verschiebung bezw. Durchbohrung der Luftröhre — ohne die Haut zu ulzerieren —, zur Lähmung der Stimmbänder und Verlegung der Speiseröhre; das Auftreten des Krebses in der Schilddrüse führt nie zu Myxödem, selbst die totale Entfernung der letzteren nicht; wohl aber sind basedowähnliche Symptome durch »Hyperthyroidation« besonders unter Beteiligung der Metastasen bekannt. Diesen ist wohl auch das Ausbleiben des Myxödems nach Exstirpation zu verdanken.

Die traurige Prognose, die selbst durch frühzeitigen Eingriff, bestehend in Thyreoidektomie, nicht erheblich gebessert wird — Madelung konstatierte 12 Heilungen auf 110 Operationen —, zwingt zu möglichst frühzeitiger Diagnose. Jeder schnellwachsende Kropf, besonders einseitiges Wachstum bei länger bestehender Struma soll zum Eingriffe mahnen. Basedowähnliche Erscheinungen sollen als Frühsymptome dienen, event. Hyperthermie. Nötigen Kompressionserscheinungen der Luftröhre zu Palliativoperation, so stehen sich Tracheotomie, Exothyreopexie, Freilegung der Luftröhre durch tiefe Spaltung und palliative Thyreoidektomie gegenüber. D. entscheidet sich für die letzte, welche noch die besten Aussichten auf ein Überstehen und Überleben von mehreren Monaten biete, und teilt aus der Poncetschen Klinik beweisende Krankenberichte mit; in der Tat ist der Tracheotomie, abgesehen von der oft großen Schwierigkeit — D. empfiehlt dabei event. direkt durch die Geschwulstmasse vorzudringen —, der Vorwurf zu machen, daß sie die großen Wundflächen rapider Infektion aussetzt.

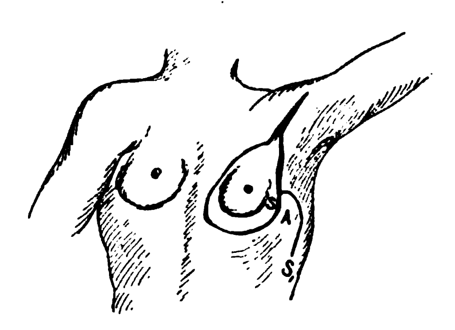
Zu der ernsten und lesenswerten Arbeit wolle man die in Nr. 49 d. Bl. 1904 referierten von Patel und Vinnay und Pinatelle vergleichen, mit deren Inhalt manche Angaben in Widerspruch stehen.

Christel (Metz).

---

16) **Warren.** The operative treatment of cancer of the breast.
(Annals of surgery 1904. Dezember.)

Bericht über 100 Operationen bei Brustkrebs mit 26 Dauerheilungen, d. h. über 3 Jahre, darunter Fälle von 20, 19, 16 Jahren ohne Rezidiv. Die kolloiden Formen gaben die beste Prognose. Den Schnitt führt W. so, daß er an den außen die Brustdrüse umkreisenden Bogen noch einen zweiten bogenförmigen, nach unten gehenden Schnitt SS_1 ansetzt. Der hierdurch gebildete Lappen *A* wird zur Deckung der unteren Hälfte der Wunde benutzt, so daß dieselbe ohne Spannung völlig geschlossen werden kann. Die Abtragung der Drüse erfolgt in toto mit dem ganzen Pectoralis major und minor, indem deren Ansätze zunächst im oberen Wundwinkel vom Schlüsselbein getrennt worden. Die Ausräumung des hinteren Halsdreiecks wird dann vorgenommen, wenn Lymphdrüsenstränge von der Achselhöhle unterhalb des Schlüsselbeines nach oben ziehen. Durch 9 sehr gute Abbildungen wird der Gang der Operation veranschaulicht.



Herhold (Altona).

Kleinere Mitteilungen.

Die gefensterte Kropfsonde.

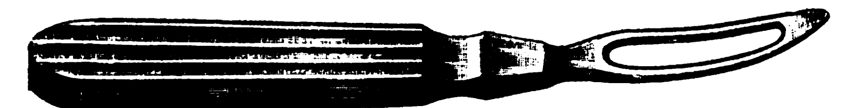
Von

Dr. **Fr. Brunner,**
dirigierendem Arzt in Neumünster-Zürich.

Wer gewohnt ist, mit der Kocher'schen Kropfsonde zu arbeiten, wird mir zugeben, daß es kaum ein praktischeres Instrument giebt zum Isolieren von Gewebssträngen und Gefäßen. Sollen aber die isolierten Gefäße unterbunden werden, so hat das seine Schwierigkeiten; eine Aneurysmennadel mit Faden läßt sich auf den Rinnen der Kropfsonde allerdings leicht durchführen, indes ist das Teilen der Fäden und das doppelte Abbinden eine zeitraubende Manipulation; Schieber und Arterienklemmen lassen sich bei starker Spannung der Gefäße nur mühsam, wenn sie mit Haken versehen sind, wie die Kocher'schen Klemmen, oft gar nicht durchschieben.

Um diesen Übelstand zu vermeiden, habe ich mir die Fläche der Kropfsonde nicht mehr solid, sondern gefenstert herstellen lassen, so daß von der Sonde eigentlich nur die Ränder mit der charakteristischen Form und Biegung übrig geblieben sind (s. Fig.). Das Umgehen der Gefäße geht ebenso leicht wie bei der gewöhnlichen Kropfsonde, in dem durch das Fenster offen gehaltenen Spalt aber lassen sich nun mit größter Leichtigkeit Hakenklemmen durchführen, die Gefäße doppelt abklemmen und durchschneiden. Ich habe das einfache Instrument seit ca. 2 Jahren im Gebrauch und kann es bestens empfehlen überall, wo Gefäße in der Kontinuität unterbunden werden sollen und wo der Platz nicht gar zu eng ist, wie bei Kropfexstirpationen, bei Exstirpation des myomatösen Uterus und vielen anderen Eingriffen.

Von den zangenartigen Instrumenten, die einen ähnlichen Zweck verfolgen, unterscheidet sich meines durch seine Einfachheit, zweckmäßige Form und einfachere Handhabung.



Dr. Schuler in Zürich hat soeben ein ähnliches Instrument unter dem Namen Spangensonde in den Geschäftsberichten der Firma Hausmann & Co. in St. Gallen veröffentlicht. Er ging davon aus, ein Instrument zu konstruieren, das erlaubte, leichter als die Aneurysmennadel einen doppelten Faden unter einem Gefäß durchzuführen; ich dagegen wollte die Anwendung der Aneurysmanadel und das Durchführen von Fäden ganz überflüssig machen. Die beiden Instrumente weisen denn auch wesentliche Unterschiede in Form, Krümmung und Dicke auf.

Angefertigt wird die gefensterte Kropfsonde von Hanhart & Co. in Zürich.

---

17) **H. Wienecke.** Über Stauungsblutungen nach Rumpfkompression.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 37.)

Ein einschlägiger, im städtischen Krankenhause zu Rixdorf-Berlin (Prof. Sultan) beobachteter Fall betrifft einen 5jährigen Knaben, welcher unter die Schutzvorrichtung eines elektrischen Straßenbahnwagens geraten und dabei, den frei gebliebenen Kopf nach oben gerichtet, mit Brust und Bauch zwischen Schutzvorrichtung und Erdboden ca. 10 Sekunden eingeklemmt war. Außer einigen unwesentlichen sonstigen Verletzungen und Hirnerschütterung zeigte er das Gesicht tiefdunkelrot, gedunsen, voller punkt- bis stecknadelkopfgroßer, dichtstehender Blutpunkte, eine Veränderung, die am Halse bis zur Gegend, wo der Halshemdenkragen sitzt, herabreichte. Außerdem fanden sich Konjunktivalblutungen, sowie rechterseits zwei kleine frische Netzhautblutungen im äußeren oberen Quadranten; die Augen selbst waren nicht vorgetrieben. Glatter Verlauf, Sehstörungen bestanden nicht.

Eine sehr hübsche kolorierte Tafel zeigt das Kopfbild des Verletzten. An die eigene Beobachtung, bei welcher der Befund der Retinalblutung von besonderem Interesse ist, fügt Verf. eine Allgemeinbesprechung der bekanntlich neuerdings wiederholt erörterten Verletzung und gibt eine tabellarische Zusammenstellung der bislang publizierten 22 Beobachtungen, sowie zum Schluß ein Literaturverzeichnis von ebensoviel Nummern. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

18) **Nicoll.** Birth-fracture of the skull.

(Annals of surgery 1904. Dezember.)

Verf. hat bei 23 Kindern im Alter von 2—8 Monaten die bei der Geburt entstandene Depressionsfraktur des Stirnbeines durch Operation beseitigt. Abgesehen davon, daß ein derartig eingedrücktes Knochenstück das Gesicht des Kindes entstellt, treten auch infolge desselben Konvulsionen oder geistige Verblödung auf. Es wird die Operation folgendermaßen ausgeführt: 1) Freilegung der eingedrückten Zone durch Lappenbildung oder lineare Inzision; 2) Ausschneiden derselben mit der Trephine; 3) Entfernen durch Umkehren des Stückes; 4) Zurücklegen auf die Dura und Hautnaht. Die 23 Operationen verliefen sämtlich ohne Todesfall.

Herhold (Altona).

19) **Fontoynout.** Disjonction ancienne de la suture coronale. Epilepsie jacksonienne. Trépanation.

(Revue mens. des malad. de l'enfance 1904. p. 180.)

Die Verletzung ist durch Auffallen auf eine Mauer aus der Höhe von 4 m auf die linke Schädelhälfte entstanden. Abgesehen von der 8 cm langen, $^1/_2$ bis 1 cm

breiten Fissur, die dem seitlichen Teile der linken Coronalnaht entspricht, zeigte das Kind 13 Jahre später Abplattung der linken Schädelhälfte und Parese des rechten Armes. Operation wegen gehäufter schwerer epileptischer Anfälle. Die Dura mater zeigte sich längs des Spaltes verdickt. Dieselbe und die Knochenränder wurden reseziert. Trotzdem die Lage des Spaltes der Rolando'schen Furche nicht entsprach, erfolgte doch Heilung der Parese. In den nächsten 5 Monaten nach der Operation fünf leichtere epileptische Anfälle, seitdem (höchstens 1 Jahr Beobachtungszeit) keine mehr. **Goeppert** (Kattowitz).

20) **M. Lermoyez** et **L. Bellin.** Règles opératoires pour la guérison de la méningite purulente aiguë généralisée.

(Presse méd. 1904. Nr. 85.)

Verff. berichten über zwei mit Erfolg operierte Fälle von otogenetischer Meningitis acuta purulenta. Die Operation bestand in dem einen Falle in breiter Eröffnung des Schädels ohne Inzision der schwammig aussehenden Dura mater; in dem anderen Falle wurde nach Eröffnung des Schädels die Dura mater breit inzidiert und mehrere explorative Punktionen des Lobus temporalis vorgenommen.

Im Anschluß hieran stellen die Verff., nachdem sie ausführlich ihren Standpunkt der chirurgischen Therapie begründet haben, für die künftige Behandlung der otogenetischen Meningitis vier Regeln auf, nämlich:

1) Breite Eröffnung des Schädels und Freilegung der Dura mater, ohne dieselbe zu eröffnen.

2) Für den Fall eines Mißerfolges hiermit: nach einigen Tagen Eröffnung der Dura mater mittels Kreuzschnittes. Hierbei explorative Punktion des Lobus temporalis.

3) Vornahme und Wiederholung der Lumbalpunktion.

4) Abstandnehmen von der Trepanation des Labyrinthes.

Grunert (Leipzig).

21) **Veraguth** (Zürich). Über eine Hirnschußverletzung.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1904. Nr. 11.)

Des Verf.s Mitteilung erhebt sich über das Niveau eines kasuistischen Beitrages zur Lehre von den Hirnschußverletzungen, weil seine Beobachtungen am Lebenden mit dem sorgfältigen anatomischen Befunde unter Berücksichtigung wichtiger Streitfragen geschildert werden.

V. fand den 33jährigen Verletzten 5 Minuten nach dem Schuß (Einschuß ungefähr in der Mitte der Stirn) am Boden liegend. Zu den Ersthinzutretenden hatte er bereits mehreres gesprochen und gab auch dem so rasch erschienenen Arzte klare Antworten, er wußte die Telephonnummer des Hauses und war über Zeit, Ort und über die Tragweite des Geschehnisses durchaus orientiert, kurzum bei klarem Bewußtsein. Das linke Auge war geschwollen, sein oberes Augenlid hing tiefer als das rechte, die Pupillen reagierten beiderseits. Schlaffe, totale Lähmung der linken Extremitäten.

Am Boden viel Blut, auf der Weste und dem Rockkragen einige Gehirnpartikelchen.

Während des Notverbandes stellte sich Ideenflucht ein, und etwa 20—30 Minuten nach der Unterhaltung zwischen Arzt und Verletzten versank dieser in völlige Bewußtlosigkeit, in der $11^1/_2$ Stunden nach dem Schuß der Tod eintrat.

Die sorgfältige Dissektion ergab folgendes: das Geschoß (Revolver, Kaliber 7,5, Bleigeschoß 4,8 g, mit ungefähr 210 Metersekunden Anfangsgeschwindigkeit) hatte nach Durchsetzung von Haut und Knochen zerstört: die Dura über dem Frontalpol rechts in kleinem Umfang und die Falx major, ferner von Gefäßen den Sinus longitudinalis, corticale Gefäße am Frontalpol und, an der hintersten Partie des Sulcus interparietalis, spärliche Gefäße im Centrum ovale und durch entfernte Wirkung ein Gefäßchen im Pons und solche im linken Nervus opticus. An Gehirnsubstanz war zerstört eine beträchtliche Rindenpartie am Frontalpol, eine kleinere

im Sulcus interparietalis, an weißer Substanz die vorderste Partie des Balkenknies, die vordere Balkenstrahlung rechts, der vordere Teil des Fasciculus occipito-frontalis, zum Teil die Pyramidenstrahlung und eine Menge nicht näher bestimmbarer kurzer und langer Assoziationsbahnen. V. berechnet die Masse der zerstörten Hirnsubstanz auf 30 ccm, das ist 2,5% des gesamten Gehirnvolumens.

Das Hinstürzen und Liegenbleiben bezieht V., sich stützend auf die Experimente von Kramer und Horsley auf eine Reizwirkung auf die gesamte Körpermuskulatur und die wahrscheinlich sofort darauf folgende linksseitige Hemiplegie.

Auffallend bleibt das wenn auch kurze Erhaltensein des Bewußtseins nach dem Chok, besonders wenn man die Erscheinungen beim apoplektischen Insult nach spontaner Hirngefäßzerreißung zum Vergleiche heranzieht, mit ihrem komatösen Beginn. V. erklärt es durch die Entfernung der Wunde vom zentralen Höhlengrau des 3. Ventrikels und den Sehhügelkernen einerseits und andererseits dadurch, daß der plötzlich erhöhte intrakranielle Druck in der Einschußöffnung eine beträchtliche Ausgleichsstelle hatte. Endlich dürfte bei der vorliegenden Verletzung die Zirkulationsstörung eine geringere sein als bei Apoplexien, bei denen in der Regel gröbere Gefäße mitbeteiligt sind. Vielleicht habe auch die gewaltige Druckerniedrigung im verletzten Sinus venosus ausgleichend gewirkt.

Verf. kommt zu dem Schluß, daß die corticale Anämie in erster Linie bei einer plötzlichen Großhirnschädigung das Bewußtsein aufhebe.

Der anatomische Befund bot noch in anderer Hinsicht interessante Erscheinungen. So hebt V. mit Recht hervor, daß die Einschußöffnung durch Haut, Knochen und Dura einen nach außen offenen trichterförmigen Defekt darstellte, daß aber im Gehirn dann wieder ein trichterförmiger Defekt sich darbot, mit ausgedehnter Zertrümmerung an der Rinde, die dann in den röhrenförmigen Schußkanal durch die Hemisphäre auslief.

Und in diesem Schußkanale fanden sich spiralförmige Züge, ähnlich wie im Revolverlaufe, nur wurden die Linien allmählich gestreckter, je weiter sie sich vom Einschuß entfernten.

Forensisch ist der Fall beachtenswert, insofern als der Verletzte, obwohl linksseitig hemiplegisch, nicht bewußtlos war und mit der rechten Hand noch sehr wohl einen zweiten Schuß gegen sich hätte richten können. Ein tötlicher Herzschuß z. B. hätte dann die Frage ob Mord oder Selbstmord recht schwierig gestaltet.

Stolper (Göttingen).

22) Letoux et Le Dantec (Vannes). Introduction d'air dans un ventricule latéral, à la suite d'une fracture de crane.

(Arch. prov. de chir. 1904. Nr. 9.)

Ein 24jähriger Mann erhält von seinem Bruder im Streit einen Schlag mit einer Schaufel gegen die linke Stirnhälfte, sinkt sofort zusammen, verliert aber nicht ganz das Bewußtsein. Er kann sich mühsam wieder erheben und seiner Beschäftigung nachgehen, z. B. Wasser am Brunnen schöpfen. 3/4 Stunden später sehr heftige epileptiforme Anfälle. Am 3. Tage Transport mit Wagen mehrere Stunden weit ins Krankenhaus. Hier Débridement in Narkose, wegen der Krampfanfälle und weil Hautemphysem auf Kommunikation mit den Luftwegen hinweist. Der Verletzte war noch selbst vom Wagen gestiegen und in das Hospital gegangen. Kein Druckpuls. Am 5. Tage Fieber, Eiter an den Tampons, Tod am 24. Tage nach der Verletzung.

Großer Defekt in der linken Stirnbeinhälfte, von der zahlreiche Fissuren in die rechte Orbitalwand, aber auch bis zum Alveolarfortsatz des linken Oberkiefers und Fissuren in der rechten Hälfte der Schädelbasis bis an die Grenze der hinteren Schädelgrube ausstrahlen (5 Abbildungen im Text). Am Gehirn war der linke Stirnlappen zertrümmert; in dessen weißer Substanz saß ein nußgroßer Eiterherd, der breit kommunizierte: nach oben mit der Stirnwunde, nach hinten mit dem Seitenventrikel nach vorn und unten mit dem Sinus frontalis und mit der geborstenen Siebbeinplatte. In den Ventrikeln keine Flüssigkeit.

Als das Interessante an dem Falle betonen Verff., daß sie beim fahnden auf einen Abszeß mit der Sonde bis in den linken Seitenventrikel gerieten und aus diesem zweimal Luftblasen entleerten. Sie nehmen an, daß ein kleines Bruchstück vom Siebbeine bis in den Ventrikel gedrungen und der Außenluft Zugang zu diesem verschafft habe. (Ob nicht vielleicht ein gasbildendes Bakterium in dem nahen Abszeß die Ursache der Gasansammlung war, wird nicht erörtert. Ref.)

Interessant ist — auch forensisch — der Fall durch die weite Ausdehnung der Fissuren an der Basis cranii und den Gesichtsknochen, und zwar hervorgerufen durch einen einzigen Hieb mit einer Schaufel; ferner durch die beobachtete Temperaturdifferenz an beiden Beinen. **Stolpre** (Göttingen).

23) **Williamson.** The diagnostic value of hemiplegia of gradual onset as a sign of cerebral tumour.

(Practitioner 1904. September.)

Verf. meint, daß zur Annahme einer Hirngeschwulst das Vorhandensein progressiver Hemiplegie, welche ganz allmählich beginnt, ohne Auftreten von Neuritis optica, Kopfschmerzen und Erbrechen genügte, selbstverständlich falls eitrige Prozesse (Abszeß) auszuschließen seien, und führt als Beleg drei Fälle an. Zwei Geschwülste saßen in der weißen Substanz der rechten, einer in jener der linken Hirnhemisphäre.

Morphologisch handelte es sich bei einer 38jährigen Frau und einem 57jährigen Mann um ein Gliom, bei einem 40jährigen Mann um ein Zylinderzellenepitheliom, die sämtlich zum Tode führten. **Jenckel** (Göttingen).

24) **Th. R. Fraser.** Case of complete transposition of the viscera, with cerebral tumour and other pathological conditions.

(Edinburgh med. journ. 1904. Oktober.)

Ein 24jähriger, gesund aussehender, unverheirateter Arbeiter war vor 8 Jahren aus einer Schaukel auf den Kopf gefallen und klagte seitdem über zeitweise einsetzende heftige Schmerzen im Hinterkopfe, die später so stark wurden, daß er seine Arbeit aufgeben und klinische Hilfe in Anspruch nehmen mußte. Es stellten sich Sehstörungen, Parästhesien in den Beinen, Anästhesie an den Armen und in der linken Seite des Körpers ein; bei heftigen Kopfschmerzen, denen gewöhnlich ein langer tiefer Schlaf folgte, trat auch Erbrechen ein. Die Untersuchung ergab, daß ein vollkommener Situs inversus vorlag, an der rechten Hand waren 2 Daumen- und 6 Metakarpalknochen. Die inneren Organe ließen außer einem Mitralklappenfehler und einer eitrigen Pyelitis nichts Krankhaftes erkennen. Die Diagnose betreffs der Ursachen der Kopfschmerzen wurde auf Hirngeschwulst gestellt. Die Autopsie zeigte eine cystische bohnengroße Geschwulst im linken Seitenventrikel, direkt über dem Foramen Monroi, welche zur Dilatation beider Seitenventrikel infolge Druckes auf die Chorioidealvene und Verlegung der Abflußwege geführt hatte.

Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose: Cyste. Als Ausgangspunkt der Cyste wird das Ependym angesprochen und die Möglichkeit zugegeben, daß sie infolge des Sturzes aus der Schaukel sich entwickelt haben könnte. Zwei photographische Aufnahmen und eine Skizze veranschaulichen die Lage der Gehirncyste, sowie der Brust- und Baucheingeweide.

Jenckel (Göttingen).

25) **Kennedy.** Case of traumatic exophthalmus pulsans. — Ligature of common carotid. — Cure.

(Glasgow med. journ. 1904. Dezember.)

Rechtsseitiger, pulsierender Exophthalmus als Folgeerscheinung einer Schädelbasisfraktur durch Steinwurf bei einem 50 Jahr alten Manne. Heilung durch Unterbindung der Carotis communis. **W. v. Brunn** (Marburg).

26) **Connal and Riddell.** The treatment of dulness of hearing and subjective noises in the ears by high-frequency currents.

(Glasgow med. journ. 1904. Dezember.)

Bericht über eine Reihe von Pat. mit trockenem Mittelohrkatarrh, mit Narben oder Perforationen des Trommelfelles und mit Sklerose des Trommelfelles, deren Schwerhörigkeit und Ohrgeräusche durch hochgespannte Ströme zum Teil bedeutend gebessert oder beseitigt wurden. **W. v. Brunn** (Marburg).

27) **T. Pooley.** Fibroma of mastoid, auricle and auditory canal.

(New York and Philadelphia med. journ. 1904. November 26.)

Rezidiv eines hinter der Ohrmuschel und dem Gehörgange sitzenden Fibroms nach 13 Jahren. Auf die Entfernung folgt sofort ein Rezidiv, nach dessen wiederholter Auskratzung ebenfalls; seine Ausdehnung ist aus der Überschrift ersichtlich. Röntgenbestrahlung führte in 3—4 Wochen zu anscheinend völliger Heilung. Histologisch handelte es sich um ein Fibrom. **Lengemann** (Bremen).

28) **Werner.** Kongenitale halbseitige Gesichtshypertrophie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 2.)

W. veröffentlicht einen Fall von angeborener halbseitiger Gesichtshypertrophie. Der Unterschied in der Größe der Kopfhälften beginnt von den Proc. mastoidei und der Mitte beider Scheitelbeine an. Von da nach vorn sind alle Gebilde, sowohl Knochen als Weichteile des Schädels wie des Gesichtes, links voluminöser als rechts. Die Vergrößerung betrifft im oberen Teile mehr die Knochen, im unteren mehr die Weichteile. Sie umfaßt die vordere Scheitelbeingegend, Stirnbein, Jochbein, Ohr, Proc. mastoideus, Oberkiefer, Wange, Nase, Lippen, Unterkiefer, ferner Zähne, Zunge, Gaumensegel, Zäpfchen und Mandel. Den Pat. störte besonders die dicke linke Wange, wegen deren er zu einer kosmetischen Operation drängte. In den herausgeschnittenen Gewebsstücken wurde weder an den Nerven noch am Epithel etwas Besonderes entdeckt. Es handelt sich um einen echten Riesenwuchs. Die Ätiologie des Falles ist ungeklärt.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

29) **R. Kothe.** Beitrag zur Kenntnis der Lymphangiome (speziell der Makromelie) mit besonderer Berücksichtigung ihrer Pathogenese.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXVI. p. 535.)

K. berichtet über einen 9jährigen Pat., der eine seit seiner frühesten Kindheit an der linken Wange vor der Parotis bestehende, in letzter Zeit langsam wachsende Geschwulst aufwies. Die von Bier exstirpierte, etwa pflaumengroße Geschwulst bestand aus zahlreichen hirsekorn- bis erbsengroßen, mit serös-sanguinolenter Flüssigkeit angefüllten Cysten und aus noch zahlreicheren bis kirschkerngroßen, in derbes Bindegewebe eingelagerten Steinchen von weißlich-grauer bis bräunlicher Farbe und zwiebelschalenartiger Schichtung. Die mikroskopische Untersuchung, deren Details über den Rahmen eines Referates hinausgehen, ergab das Vorhandensein außerordentlich großer Mengen erweiterter und nicht erweiterter Lymphgefäßen jeden Kalibers, die sich im Zustande lebhafter Wucherung befanden. Die kleinsten Lymphgefäße bildeten ein dichtes Netzwerk. Das umgebende Bindegewebe wies einen großen Kernreichtum auf und befand sich ebenfalls in erhöhter Zellentätigkeit. Es wucherte in die Lymphräume hinein und erzeugte Bilder, die an ein Fibroma intercanaliculare erinnerten. Die oben erwähnten Steinchen erwiesen sich als verkalkte Thromben.

Verf. bespricht dann unter kritischer Berücksichtigung der Literatur die Entstehungsweise der Lymphangiome. Er verwirft die Anschauung, daß dieselben durch Stauung, hervorgerufen durch zentralen Verschluß von Lymph- oder Blutgefäßen, entstanden seien. Er hält die Wucherungsvorgänge der Lymphgefäße für das Primäre. Daher sind die Lymphangiome zu den wahren Geschwülsten zu

rechnen. Wegen der gleichzeitigen Mitbeteiligung des Bindegewebes sind sie als Fibroangiome zu bezeichnen.

Verf. weist schließlich noch auf die seltene Lokalisation der beschriebenen Geschwulst hin. **Doering** (Göttingen).

30) **Masse** (Bordeaux). Kyste muqueux de l'ethmoïde chez un enfant atteint de crises d'épilepsie; drainage et curettage orbito-nasal; guérison d'épilepsie en même temps que de la tumeur.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1093.)

Bei einem 13jährigen Knaben traten gleichzeitig mit dem Erscheinen einer anscheinend knochenharten Geschwulst an der Innenseite der Orbita epileptische Krämpfe auf. Dieselben wurden in den folgenden 2 Jahren immer häufiger, während die harte Konsistenz der Geschwulst einer cystischen Platz machte. Eine Inzision entleerte Schleim und zeigte, daß die Geschwulst sich in den Siebbeinzellen entwickelt hatte. Ausgiebige Ausschabung mit folgender langdauernder Drainage brachte Heilung der Geschwulst, wie der Epilepsie.

Reichel (Chemnitz).

31) **B. Kelly.** The so called »empyema of the antrum of Highmore in infants« (Osteomyelitis of the superior maxilla).

(Edinb. med. journ. 1904. Oktober.)

Im Anschluß an 16 in der Literatur bekannte Fälle von »Empyem des Antrum«, »Phlegmone der Orbita«, »Maxilläre und orbitale Osteo-periostitis«, »Osteomyelitis des Oberkiefers« bei Kindern beschreibt Verf. einen selbst behandelten Fall bei einem $4^1/_2$ Monate alten Knaben. Die Erkrankung setzte ein 14 Tage nach der Geburt mit Schwellung beider Unterlider und Wangen, besonders der linken Seite. Hier trat auch nach einigen Tagen deutliche Protrusio bulbi auf. Nach 1 oder 2 Tagen begann Eiter aus dem linken Auge, der linken Nasenöffnung, sowie der hinteren Partie des linken Oberkiefers zu fließen. Die Protrusio bulbi verschwand, die Schwellung der linken Wange wurde geringer. Aus der linken Nasenöffnung entleerte sich stinkender Eiter, ebenfalls am Alveolarfortsatz in der Gegend des ersten oberen Molaris. Nach Eröffnung des Antrum von hier aus konnte eine Ausspülung der kleinen Höhle vorgenommen werden, das Wasser lief aus dem linken Nasenloch ab. Ausheilung trat jedoch erst nach mehreren Wochen ein, nachdem noch einige Sequester entfernt worden waren. Bei der Nachuntersuchung nach 7 Jahren zeigte sich, daß der gut entwickelte, wohl aussehende Knabe außer dem zweiten Molarzahn keinen Zahn in der linken Hälfte des Oberkiefers besaß. Nach Aussage der Mutter war auch bis dahin kein weiterer Zahn in der linken Hälfte des Oberkiefers zur Entwicklung gekommen. Verf. rät, in allen derartigen Fällen die Eröffnung der Highmorshöhle vom Alveolarfortsatz oder der Fossa canina aus vorzunehmen und möglichst konservativ zu verfahren, da bei dem radikalen Operationsverfahren eine zu starke Entstellung des Gesichtes die Folge wäre. **Jenckel** (Göttingen).

32) **B. Birke.** Die in der Königlichen chirurgischen Klinik zu Breslau beobachteten Fälle von Lippenkrebs aus den Jahren 1891—1901.

Inaug.-Diss., Breslau, 1904.

Die Zahl der in dieser Zeit vorgekommenen Fälle beträgt 188 und betrifft 163 Männer und 22 Frauen = 11,7%). Primäre Krebse der Oberlippe waren darunter 10 (= 5,32%); 6 davon fielen auf die 22 Frauen. Das Alter, in dem die Pat. kamen, schwankte zwischen dem 28.—88. Lebensjahre, das Maximum zwischen 60—64 Jahren. Das größte Kontingent stellen die bei der Bodenbenutzung und Tierzucht beschäftigten Personen, nämlich 62. Ein Fall ist dabei von Kontaktinfektion der Oberlippe von der Unterlippe her. In näheren Betracht gezogen

werden nur die 61 klinisch aufgenommenen Fälle, deren Krankengeschichten am Schluß kurz mitgeteilt werden.

Von den 56 wegen Unterlippenkrebs Operierten sind noch 19 rezidivfrei und am Leben, der erste davon jetzt 13 Jahre. 3 sind gestorben, aber nicht an Rezidiv. Mithin können 22 = 39,3% als dauernd geheilt gelten. 11 Fälle sind über 5 Jahre, 12 über 3 Jahre rezidivfrei. Nur in 5 Fällen von den 56 wurde von einer Drüsenexstirpation abgesehen — 1 davon befindet sich unter den erwähnten rezidivfreien —, sonst wurde diese immer grundsätzlich und sorgfältig vorgenommen. Die Rezidive traten mit einer Ausnahme schon im 1. Jahre auf, bei 6 Fällen schon im ersten Vierteljahre. Von den 19 rezidivierten Fällen sind 11 ihrem ersten Rezidiv erlegen, und zwar im Durchschnitte reichlich 14 Monate nach der Operation. Von den 5 nochmals Operierten kann noch 1 Fall (= 20%) als geheilt gelten. Von 11 anderen wegen Rezidiv Operierten, deren primäres Karzinom anderwärts exzidiert war, sind 2 Fälle von Lokalrezidiv ohne Lymphdrüsenbeteiligung dauernd geheilt.

Welche Art der oft ausgeführten Plastik (Jaesche oder Wölfler-Morgan) die besten Resultate gab, geht nicht recht deutlich aus der Arbeit hervor.

Von den Oberlippenkarzinomen bestand die Erkrankung in einem Falle 13, in einem anderen 7 Jahre. Es ist also auch an diesem Materiale wieder die langsamere Entwicklung im Vergleiche zu den Unterlippenkrebsen auffallend.

E. Moser (Zittau).

33) **P. Sébileau.** Restauration d'une fissure congénitale de la voûte et du voile du palais par un lambeau vomérien fibro-muqueux (procédé de Lannelongue).

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1082.)

Bei einem 10jährigen Mädchen mit rechtsseitiger Gaumenspalte, deren Breite einen Schluß nach der Methode von Langenbeck aussichtslos erscheinen ließ, kombinierte L. die v. Langenbeck'sche Mobilisierung eines mukös-periostalen Gaumenlappens mit der Lannelongue'schen Plastik, indem er aus dem mukös-fibrösen Überzuge des Vomer einen vom vorderen zum hinteren Vomerrand reichenden Lappen mit unterer Basis umschnitt, herunterklappte und nun die ganze Lücke bequem durch Naht schließen konnte. — S. hält es für richtig, die Operation der Gaumenspalte nicht, wie dies manche moderne Chirurgen verlangen, schon sehr früh, sondern erst zwischen 7. und 10. Lebensjahre auszuführen.

Reichel (Chemnitz).

34) **Potherat.** Fibro-adénome de la voûte palatine.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1151.)

P. hatte zweimal Gelegenheit, Fibroadenome des Gaumens operativ zu entfernen. Handelte es sich in dem einen Falle nur um eine nußgroße Geschwulst, die im Niveau des knöchernen Gaumens rechts von der Mittellinie nahe dem Ansatze des Gaumensegels saß, so war der zweite Fall interessant durch die Größe der Geschwulst — die einer Mandarine — und das Alter der bereits 55jährigen Pat. Im letzteren Falle hatte die Geschwulst 10 Jahre gebraucht, sich zur genannten Größe zu entwickeln; sie machte auch nur durch ihre Größe Beschwerden, störte die Sprache und das Kauen. Die Ausschälung der Geschwulst, die die Uvula völlig frei ließ, ausschließlich dem Gaumen angehörte, gelang leicht.

Reichel (Chemnitz).

35) **V. Cornil** et **E. Schwarz.** Note sur un cas de fistule du canal thyréoglosse.

(Revue de chir. XXIX. ann. Nr. 12.)

Die Beobachtung bezieht sich auf einen 18jährigen Fleischer, der seit 6 Jahren die Bildung einer kleinen Geschwulst unterhalb des Kehlkopfes in der Mittellinie

beobachtet, die vor etwa 2 Monaten aufbrach und seither sezernierte. Der Diagnose »angeborene Fistel« entsprechend wurde der ganze Kanal bis an das Corp. oss. hyoid. herauspräpariert, was zur prompten Heilung führte. In Serienschnitte zerlegt zeigte der Gang — ein Rest des His'schen Can. thyreoglossus — einfache Lichtung am Anfang und Ende, während der mittlere Teil durch Bindegewebseinwucherung in zahlreiche Verästelungen (bis zehn Lichtungen) geteilt erscheint. Die epitheliale Auskleidung besteht größtenteils aus Flimmerzellen.

Für weitere histologische Einzelheiten sei auf das Original mit den zahlreichen Abbildungen verwiesen. **Christel** (Metz).

36) **Potherat.** Lipome de la langue.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1150.)

Die in der Zunge seltene Geschwulst, ein hühnereigroßes Lipom, welches P. durch Ausschälung entfernte, hatte sich in einem Zeitraume von 15 Jahren zu ihrer jetzigen Größe langsam entwickelt und saß in der Dicke des linken Zungenrandes unter der Schleimhaut breit und ungestielt fest, verursachte keine Schmerzen, wohl aber erhebliche Störung der Sprache und des Kauaktes. Pat. war zur Zeit der Operation 44 Jahre alt. **Reichel** (Chemnitz).

37) **H. Gilford.** »Potato« tumours of the neck and their origin as endotheliomata of the carotid body, with an account of three cases.

(Practitioner 1904. Dezember.)

Verf. beschreibt drei Fälle von sog. Kartoffelgeschwülsten des Halses, welche er nach dem mikroskopischen Befund und dem Sitz als Endotheliome anspricht, die von der Carotisdrüse (Marchand) ihren Ansgangspunkt genommen haben sollen. Es handelt sich um Männer im Alter von 52, 62 und 74 Jahren, die sämtlich innerhalb kurzer Zeit starben und feste Drüsengeschwülste im oberen Drittel der Halsgegend aufwiesen, die mit dem Kopfnicker sowie den großen Halsgefäßen, namentlich der Carotis in der Bifurkationsgegend stark verwachsen waren. Fall 3 endete ohne Operation tödlich und zeigte Metastasen in der Leber.

Charakteristisch für diese Endotheliome des »Carotidenkörperchens« soll sein a. das Auftreten in der oberen Halspartie entweder ein- oder doppelseitig bei älteren Individuen, b. die feste Verwachsung mit der Carotis in der Bifurkationsgegend und Ausbreitung entlang der Gefäße.

Die von Hutchinson als »Potato tumours« bezeichneten Lymphome am Halse hält Verf. sämtlich für Endotheliome der Carotisdrüse.

Da nur eine frühzeitige ausgiebige Exstirpation Erfolg auf Heilung verspricht, und die Carotiswand vielfach von der Geschwulst durchwachsen ist, schlägt G. vor, etwa 8 Tage vor der Exstirpation eine temporäre Unterbindung der umwachsenen Carotis communis auszuführen, um im voraus eine genügende Blutversorgung der betreffenden Hirnhälfte zu erzielen, und nachher die Carotis communis und Carotis externa bis über die Abgangsstelle der Art. thyreoidea sup. hinaus mit den Drüsenmassen zusammen zu entfernen. Drei Mikrophotogramme und eine Photographie sind der Arbeit beigefügt. **Jenckel** (Göttingen).

38) **Klauber.** Über tödliche Blutungen im Gefolge der Tracheotomie.

(Prager med. Wochenschrift 1904. Nr. 6.)

Eine dem Falle Taute's (s. dieses Blatt 1904 p. 879) ähnliche Beobachtung aus der Klinik Wölfler's. Bei einer 40jährigen Frau wurde wegen Luftröhrenkompression durch ein Aortenaneurysma die Tracheotomie notwendig; Einführen einer König'schen Kanüle. Nach 6 Tagen tödliche Blutung beim Kanülenwechsel. Die Sektion ergab mehrere Dekubitalgeschwüre der Luftröhre; eines derselben gehörte der stark verdünnten Kompressionsstelle an und wies zwei feine Öffnungen auf, durch welche Luftröhre und Aneurysmasack kommunizierten.

Verf. rät, in solchen Fällen die zur Zeit der Behandlung der Kranken noch nicht bekannte Tavel'sche Trachealdoppelkanüle (s. dieses Blatt 1903 p. 81) anzu-

wenden, damit wenigstens die durch den häufigen Wechsel einer einfachen Kanüle immer gesetzten Schleimhautverletzungen vermieden werden.

Gutzeit (Neidenburg).

39) **Downie.** Portions of the seed-capsule of an apple which were impacted in the subglottic region of the larynx of a child 2 years old.

(Glasgow med. journ. 1904. Dezember.)

Ein 2jähriges Mädchen begann plötzlich ohne bekannte Ursache bei der Atmung ein eigenartiges Geräusch hören zu lassen, für welches ein Grund auch bei sorgfältiger ärztlicher Untersuchung nicht gefunden wurde. Das Geräusch hörte sofort nach der Tracheotomie auf. Es wurde nun ein Stück Gaze von der Tracheotomiewunde durch den Kehlkopf gesteckt und zum Munde herausgezogen. An ihm hafteten drei Stücke eines Kerngehäuses vom Apfel. Heilung.

W. v. Brunn (Marburg).

40) **J. L. Faure.** Sur un cas de plaie du canal thoracique.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 991.)

Gelegentlich der Exstirpation eines karzinomatösen Lymphdrüsenpaketes der linken Oberschlüsselbeingrube verletzte F. den linken Ductus thoracicus kurz vor seiner Einmündung in die Vene, obwohl er bei der Operation auf die gefährliche Nähe des Milchganges geachtet hatte. Er schloß die kleine Wunde, aus der klare Flüssigkeit austrat, durch eine Art Seidenligatur, die eine gewisse Verengerung des Kanales zur Folge hatte, oberhalb deren er sich alsbald bis zu 4 mm ausdehnte. Dicht vor der Mündung vereinigte sich mit ihm noch ein anderer, 2 mm im Durchmesser messender Lymphstrang. Da sich im weiteren Verlaufe der Operation herausstellte, daß die primäre Geschwulst von der Lunge ausging, wurde die Operation abgebrochen. Auf den Heilungsverlauf der Wunde hatte die Verletzung des Hauptlymphstammes keinen anderen Einfluß, als daß es vorübergehend zu einer kleinen Lymphfistel kam.

(Ref. beobachtete gleichfalls einmal eine Verletzung des linken Ductus thoracicus nach Exstirpation eines sehr großen tuberkulösen Lymphoms. Der Unfall wurde erst am Tage nach der Operation durch den massenhaften Ausfluß milchiger Lymphe aus dem Drainrohr entdeckt. Der Lymphfluß währte ca. 12 Tage, hörte dann von selbst auf. Die Heilung erfolgte ohne weiteren operativen Eingriff.)

Reichel (Chemnitz).

41) **P. Lecène.** Plaies opératoires du canal thoracique dans la région cervicale.

(Revue de chir. XXIV. ann. Nr. 12.)

Zu den bisher auffindbaren Publikationen von operativer Verletzung des Ductus thoracicus fügt Verf. eine neue, deren Interesse vor allem in dem günstigen Verlaufe des Falles zu erblicken ist. Bei der Entfernung tuberkulöser Lymphdrüsen aus der linken Fossa supraclav. bemerkte Verf. nach der Durchtrennung eines für Verwachsung gehaltenen Stranges rhythmischen — mit der Exspiration isochronen Ausfluß einer wasserhellen, dann auch mit weißlichen Streifen vermischten Flüssigkeit; sie quoll aus einer dicht unter dem Tuberc. de Chassaignac (Tub. caroticum) vor dem Scalenus gelegenen, 2 mm im Durchmesser zeigenden Öffnung des Ductus thoracicus; diese, das peripherische Ende des Kanales, wurde durch Catgutligatur verschlossen; die Heilung verlief reaktionslos.

Der Fall gab zu mancherlei Erwägungen Anlaß; an einigen anatomischen Präparaten ließ sich feststellen, daß in vielleicht 1/3 der Fälle der Ductus thoracicus mit hoher Biegung sich in die V. subcl. sin. ergießt; sie wird natürlich eher dem ungünstigen Ereignis aussetzen, wie das tiefere Eintreten, besonders da in der überwiegenden Mehrzahl der Beobachtungen tuberkulöse Lymphome Anlaß zu dem Eingriffe waren. Die Folgen der Verletzung sind sehr verschieden, von manchen

als schwer — Durst, Trockenheit, Abmagerung, profuse Lymphorrhöe — beschrieben. Sie werden im wesentlichen durch zwei Punkte bestimmt: 1) ist der Kanal als solitärer durchschnitten, oder wurde nur ein Nebengang getroffen, deren im Verhältnis von 5:24 mehrere bestehen können; 2) wurde die Verletzung sofort bemerkt, oder erst später? Traf letzteres zu, wurde unter Schmerzen die Wunde mit Lymphe angefüllt; es bildete sich Schwellung, die zur Lösung der Naht zwang. Im anderen Falle wurde entweder tamponiert oder unterbunden, einmal sogar erfolgreich (Cushing) genäht. Wo irgend die Möglichkeit sich bietet, das periphere Ende abzubinden, ist dies Verfahren allen anderen vorzuziehen und hat bisher die besten Erfolge gegeben; auch eine feste Tamponade wird im Notfall unangenehmen Folgen vorbeugen. **Christel** (Metz).

42) **L. Baron.** Ein Fall von Herzverletzung mit Hirnembolie.

Diss., Leipzig, 1904.

Ein 22jähriger Mann fügt sich einen Pistolenschuß in die Herzgegend zu und verliert alsbald das Bewußtsein. Einschuß im 4. linken Interkostalraum unterhalb und medial von der Brustwarze. Das Geschoß fühlt man an der gebrochenen 10. Rippe unter der Haut, hinten, links von der Wirbelsäule. 2 Tage später rechtsseitige Facialis- und Armlähmung, Sprachstörung, anfänglich keine deutlichen Zeichen der Herzverletzung, später Zeichen von Mitralinsuffizienz. Verf. nimmt eine Verletzung der Herzspitze an und deutet die Lähmungserscheinungen, welche übrigens erheblich zurückgingen, als Folgen einer Hirnembolie.

Stolper (Göttingen).

43) **M. M. Dieterichs.** Hysterische Geschwülste der Mamma.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1904. [Russisch.])

Der Anstoß zur Entwicklung hysterischer Brustdrüsengeschwülste, also in einem Organe, das in engem Zusammenhange mit den Geschlechtsteilen steht, wird nach D. am häufigsten durch irgendwelche Affektionen der letzteren gegeben. In zweiter Reihe stehen Traumen, denen auch insofern eine gewisse Bedeutung zukommt, als sie die Aufmerksamkeit der Pat. auf die Brust lenken.

D. teilt drei Fälle mit:

1) 40jährige Virgo, die seit mehreren Jahren in den oberen äußeren Quadranten beider Brüste kleine Geschwülste hatte, welche in letzter Zeit hin und wieder Schmerzen machten unter gleichzeitigen Menstruationsstörungen. Die Geschwülste waren walnußgroß (wenn Pat. lag kleiner), fest, von der Umgebung ziemlich deutlich abzugrenzen, wenig beweglich. Jede Berührung schien schmerzhaft. Nach einiger Beobachtung wurde die Diagnose gestellt und der Pat. neben Haemolum bromatum ein entsprechendes allgemeines Verhalten verordnet. Im Laufe der nächsten 2 Jahre schwankten die Geschwülste zwar öfter in Größe und Konsistenz, wuchsen aber nicht. Das Allgemeinbefinden der Kranken hob sich außerordentlich.

2) Eine D. als Hysterica schon lange bekannte Schauspielerin, die vor $1\frac{1}{2}$ Jahren eine schwere Unterleibsentzündung hatte, berichtete, daß sie, nach Absolvierung einer sehr anstrengenden Rolle nach Hause kommend, »zufällig« eine schmerzhafte, »hühnereigroße« Geschwulst in der linken Brust gefühlt habe. Am nächsten Tage hatte sie außerordentlich heftige Schmerzen in der Geschwulst, die jedoch auf Morphium über Nacht nachließen. Die Geschwulst selbst schwand ebenso wie die Schmerzen im Laufe der nächsten 3 Tage. Pat. war darauf monatelang gesund, bis eines Tages, nachdem schon einige Zeit Menstruationsunregelmäßigkeiten bestanden hatten, die Geschwulst wieder da war. Sie war diesmal nicht so schmerzhaft, blieb aber von jetzt ab bestehen. Zur Zeit der Menses und wenn Pat. starke Erregungen durchmachte, schwoll die Geschwulst vorübergehend an, wurde aber mit jedem Male härter. Bei der Pat. setzte sich schließlich die Idee fest, sie habe Krebs, weshalb sie zu D. kam mit der Forderung, er solle ihr die »gefährliche Geschwulst« wegschneiden. Da Pat. sich durchaus nicht belehren ließ, blieb nichts übrig, als sie zu operieren. Mikroskopisch: um die Drüsenläppchen reichliches

junges Bindegewebe, das weiterhin in ödematöses, faseriges Gewebe überging; die Drüsenelemente selbst waren unverändert.

3) Die 28jährige Pat. bemerkte vor 4 Monaten in ihrer linken Brust eine Geschwulst, die ihr heftige Schmerzen machte, mit den Menses an- und abschwoll. Zugleich fühlte Pat. sich überhaupt krank, nervös, hatte Kopf- und Rückenschmerzen, Muskelzuckungen. Sie war hereditär belastet. Die Geschwulst hatte die Größe einer kleinen Walnuß, wurde, wenn Pat. lag, kleiner und weicher, schien durch einen dünnen Strang mit der Mammilla zusammenzuhängen. Ordo: Haemolum bromatum, Bäder, Diät, Motion.

Die Geschwulst bildete sich völlig zurück, alle nervösen Beschwerden schwanden.

V. E. Mertens (Breslau).

44) **J. Delage** et **Massabiau.** Les lipomes du sein et de la région mammaire.

(Revue de chir. Ann. XXIV. Nr. 10.)

Die Lipome der Mamma sind erst seit Astley Cooper bekannt, der 1831 zwei Fälle beschrieb; seither ist die Zahl der publizierten Fälle auf ca. 18 gewachsen. Die Beobachtung der Verff. betrifft eine 52jährige Frau, der bereits 10 Jahre früher ein lipomatöses Geschwülstchen von der Brust entfernt war. Seit 6 Jahren hatten sich die jetzt vorhandenen drei nuß- bis enteneigroßen Geschwülste entwickelt. Sie wurden leicht entfernt und mikroskopisch als reine Lipome erkannt.

Sie können sowohl extra-, wie intraglandulär, letzteres freilich sehr selten, entstehen, subkutan und retroglandulär gelegen sein. Langsam wachsend machen sie keine oder selten Beschwerden und können das beträchtliche Gewicht von 15 kg erreichen. Kurze Wiedergabe der verschiedenen Publikationen schließt die Abhandlung. **Christel** (Metz).

45) **Alice Magaw.** Observations drawn from an experience of eleven thousand anaesthesias.

(New York and Philadelphia med. journ. 1905. November 12.)

Ein schätzenswerter Beitrag zur Bewertung der Äthertropfnarkose, die M. außer bei akuten Erkältungen bevorzugt. 11000 Narkosen verliefen ohne Todesfall, ja, ohne daß — in 6 aufeinander folgenden Jahren — ein einziges Mal künstliche Atmung nötig wurde. Die Empfehlung, die Narkose im Anfange nicht durch Transport des Kranken und andere Störungen zu erschweren, sondern ihm vielmehr mit aller Ruhe das Einschlafen zu suggerieren, verdient hervorgehoben zu werden.

Lengemann (Bremen).

46) **Zesas.** Zur Frage der Herzmassage beim Chloroformkollaps.

(Wiener med. Wochenschrift 1904. Nr. 32.)

Kurze Mitteilung über zwei Beobachtungen von Mauclaire-Paris, in denen sowohl die unmittelbare Herzmassage und Elektrisation auf dem Wege durch das Zwerchfell hindurch bei einer Bruchoperation, wie auch die stoßweise Einflößung von 200,0 Hayem'schen Serums von der Carotis aus gegen das Gehirn zu bei einer Wasserbauchoperation sich als erfolglos erwiesen.

Herm. Frank (Berlin).

47) **F. C. Wallis.** The results of two cases of injection of paraffin.

(Lancet 1905. Januar 28.)

Auf Grund zweier sehr wenig erfreulicher Beobachtungen nach Paraffininjektionen in die Ligg. lata bei Gebärmuttervorfall und in das pararektale Gewebe bei Mastdarmvorfall verwirft Verf. energisch die Paraffinmethode als Behandlung für solche Fälle, für die uns weit bessere andere Methoden zur Verfügung stehen.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

48) **A. Selig.** Röntgenbehandlung einer Leukaemia myelolienalis.

(Prager med. Wochenschrift 1904. Nr. 51.)

Der Fall ist besonders wegen der langen Nachwirkung des sehr günstigen Einflusses der Bestrahlungen auf die Verkleinerung der Milz, die Besserung der Erythrocytenverhältnisse, des Hämoglobingehaltes und des subjektiven Befindens auch nach Aussetzen der Röntgenbehandlung wegen Dermatitis bemerkenswert; als ein endgültig geheilter kann auch er nicht angesehen werden.

Gutzeit (Neidenburg).

49) **L. Bérard et L. Thévenot.** De l'obturation des cavitès osseuses pathologiques (plombage des os), d'après la méthode de Mosetig-Moorhof.

(Revue d'orthopédie 1904. Nr. 4.)

Die Autoren haben mit der Anwendung der Mosetig'schen Jodoform-Knochenplombe ausgezeichnete Erfolge erzielt und geben sechs Krankengeschichten ausführlich wieder (Spina ventosa am Metacarpus; Osteomyelitis der unteren Tibiadiaphyse und des Sprunggelenkes, Talusexstirpation; Osteomyelitis der unteren Oberschenkeldiaphyse; Osteomyelitis des Oberschenkels, Osteomyelitis der oberen Oberarmdiaphyse; Osteomyelitis der oberen Schienbeinepiphyse). Der Erfolg hängt von der genauesten Befolgung der Mosetig'schen Vorschriften ab — absoluteste Ausmerzung auch der geringsten kranken Knochenstückchen mittels radikalst arbeitender Werkzeuge (Fräsen usw.) und vollkommene Austrocknung der Wunde. Die Plombe, besser gesagt: die plastische Füllmischung wird, wie das Skiagramm zeigt, mit der Zeit durch nachgebildete Knochenmasse ersetzt.

Herm. Frank (Berlin).

Deutsche Gesellschaft für orthopädische Chirurgie.

1905.

Der IV. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie wird in der Osterwoche, am Dienstag, den 25. April 1905, im Langenbeck-Hause, Ziegelstraße 10/11, stattfinden. Die Eröffnung des Kongresses wird vormittags 9 Uhr erfolgen. In der Nachmittagssitzung findet die Generalversammlung statt. Als Hauptthema habe ich die Mechanik der Skoliose ausersehen. Das Referat haben gütigst die Herren Schulthess-Zürich, Schanz-Dresden und Lovett-Boston übernommen. Vorträge und Mitteilungen bitte ich möglichst bald — spätestens bis zum 1. März — bei Herrn Prof. Dr. Joachimsthal, Berlin W., Magdeburgerstraße 36, anzumelden.

Vorzustellende, von auswärts kommende Kranke finden in der Kgl. chirurgischen Klinik Sr. Exzellenz des Herrn Geh.-Rat Prof. Dr. v. Bergmann (Ziegelstr. 5/7) Aufnahme.

Anmeldungen neuer Mitglieder bitte ich mit der Unterschrift dreier Mitglieder der Gesellschaft gleichfalls an Herrn Prof. Dr. Joachimsthal zu richten.

v. Mikulicz,
Vorsitzender für 1905.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 9. Sonnabend, den 4. März. 1905.

(Mitteilung aus der chir. Abteilung des St. Stephanspitals in Budapest.
Primarius: Prof. Dr. E. v. Herczel.)

Modifikation der Bassini'schen Radikaloperation der Leistenbrüche.

Von
Dr. Eugen Alexander Pólya,
Assistenzarzt.

Die Bassini'sche Operation ist zweifellos das verläßlichste und auch meistgeübte Verfahren zur Radikalheilung der Leistenbrüche, doch werden auch hierbei Rezidive in nicht geringer Anzahl beobachtet. Diese Rezidive lassen sich in zwei Gruppen teilen:

1) kann die Unvollkommenheit des Bruchpfortenverschlusses zum Rezidiv führen. Insbesondere bei großen Brüchen, aber auch manchmal bei kleineren ist die Distanz zwischen der Muskulatur und dem Poupart'schen Bande so beträchtlich, daß diese Gebilde, wenn überhaupt, nur unter großer Spannung vereinigt werden können. In anderen Fällen ist die Muskulatur so schwach, daß der Faden schon bei mäßiger Spannung dieselbe durchschneidet oder wenigstens beim Anziehen des Fadens ein Riß in den Muskelbündeln entsteht. Die größte Schwierigkeit bietet der Verschluß immer im medialen Winkel des Leistenkanales; hier gehen nämlich die Mm. transversus und obliquus internus in ihren tendinösen Teil resp. in die Rectusaponeurose über; deshalb ist ihr unterer Rand nicht mobil, und doch steht dieser untere Rand eben hier oft in einer Distanz von 3 cm oder noch mehr über dem Poupart'schen Bande. — Eine andere schwache Stelle befindet sich bei **allen** nach Bassini operierten Brüchen dort, wo der Samenstrang durch die Muskulatur tritt. Den Samenstrang übermäßig zu komprimieren ist nicht erlaubt, und da der Bruchsackstumpf, wie hoch wir ihn auch unterbinden mögen, immer in der Nachbarschaft des Funniculus zurückbleibt, ist die Gelegenheit zu einem neben dem Samenstrang entstehenden und fortschreitenden Rezidiv für alle Fälle gegeben. — Und die klinische Erfahrung zeigt es auch, daß fast alle Rezidive nach der Bassini'schen Operation an den beschriebenen zwei Stellen: an der inneren oder äußeren Ecke des Leistenkanales entstehen.

2) Die zweite Ursache der Rezidive bilden Eiterungen, Hämatome, zu rasche Resorption der angelegten Nähte, Durchschneidung, Reißen der Nähte infolge von vielem Pressen oder zu frühem Aufstehen nach der Operation usw.

Während die Rezidive der zweiten Kategorie nur durch strenge Befolgung allgemeiner chirurgischer Regeln (rigorose Asepsis, minutiöse Blutstillung, richtige Wahl des Nahtmateriales, entsprechende Ruhe in der Nachbehandlung, gute, leichte Narkose) sich verhüten lassen,

können wir die ersterwähnte Art der Rezidive nur durch die möglichst günstige Gestaltung der anatomischen Verhältnisse bekämpfen, und in erster Reihe müssen wir trachten, den dauerhaften Verschluß des Leistenkanales an den früher erwähnten schwachen Stellen zu sichern. Die Vernähung der Mm. transversus und obliquus int. mit dem Poupart'schen Bande wird wesentlich erleichtert durch Abpräparierung dieser Muskel-Fascienschicht vom Bauchfell, welche Maßnahme schon von Bassini empfohlen wurde, aber doch von vielen Operateuren vernachlässigt wird. — Trotz dieser Abpräparierung kommt es oft vor, daß man im medialen Winkel des Leistenkanales die breiten Bauchmuskeln nicht zum Poupart'schen Bande herabziehen kann, und für diese Fälle empfahl schon Bassini, den freien äußeren Rand des M. rectus an das Leistenband zu nähen. — Zur Vermeidung jedweder Spannung ist es ratsam, bei diesem Akte die Aponeurose am freien Rectusrande einzuschneiden, etwas über der Stelle, wo der untere Rand des M. transversus und obliquus internus mit dem lateralen Rectusrande zusammenstoßen. Dann können wir in die Naht sukzessive den Rand des M. rectus, den gegen das Poupart'sche Band zurückgeschlagenen Lappen der Rectusaponeurose hineinnehmen. — Dieses Verfahren übt Prof. v. Herczel schon seit vielen Jahren; in der Literatur wurde es von Berger erst im Jahre 1902 empfohlen, besonders bei schwacher Muskulatur. Er eröffnet die Rectusscheide in einer Länge von 8—10 cm und bedeckt durch den so entstehenden Aponeuroselappen die ganze Bassini'sche Naht; nun näht er zum medialen Rande des in der Rectusscheide befindlichen Defektes den unteren Lappen der Obliquusaponeurose. Der obere Aponeuroselappen wird mit dem Poupart'schen Bande vereinigt. Wir legen in der Rectusscheide nur einen 4—5 cm langen Schrägschnitt an, eben genug, um den schon öfters erwähnten ominösen Winkel zwischen den Mm. rectus und transversus mobilisieren und so den Leistenkanal auch in seinem äußeren Drittel komplett verschließen zu können.

Zur Verhütung der Rezidive an der Durchtrittsstelle des Samenstranges sind schon viele Verfahren empfohlen worden, welche teils durch Reduktion der Dicke des Samenstranges (Halsted erhält nur das Vas deferens mit 1—2 Venen), teils durch Verlagerung diesen Zweck zu erreichen trachten.

So hat Wölfler den Hoden vom Gubernaculum Hunteri abgelöst und ihn dann hinter den Rectus und zwischen beide Recti in der Mittellinie wieder heraus ins Scrotum heruntergeführt; Ullmann empfahl, den Hoden in die Bauchhöhle zurückzulegen; manche verlagern den Samenstrang unter die Haut, nachdem sie durch Einschnitt in den Muskel seine Durchtrittsstelle mehr lateral angebracht haben (Halsted, Postempski). Andere ließen den Samenstrang zwischen den Schichten der Muskulatur (Hadra) in der Form einer Wellenlinie, teils unter der Haut (Phelps) oder ganz unter der Muskulatur (Maydl, Berger) verlaufen; wieder andere meißelten für ihn einen Kanal im Os pubis aus (Frank, Nélaton, Ombredane). —

v. Herczel versuchte vor mehreren Jahren die folgende Art der Verlagerung: er nähte nicht die freien Ränder des in der Aponeurose des Obliquus descendens befindlichen Schnittes zusammen, sondern eine von denselben in der Entfernung von je 1 cm befindliche Wulst der Aponeurose. — Die freien Ränder nähte er dann über den Samenstrang zusammen. — Da er einmal eine Fasciennekrose bekam, wurde das Verfahren verlassen und nicht publiziert.

Das Wesen meines Verfahrens bildet ebenfalls die Verlagerung des Samenstranges: Der Samenstrang wird nämlich durch einen durch die Obliquusaponeurose gebildeten Sporn scharf abgeknickt, und zwar in der Weise, daß er nach seinem Austritt unter der Muskulatur zuerst nach außen oben hinzieht und dann, sich plötzlich nach unten wendend, in einem von der Aponeurose gebildeten engen Kanale, der knapp den Funiculus einschließt, weiter verläuft. Zugleich wird die Bassini'sche Naht durch Vereinigung des oberen Aponeuroselappen mit dem Poupart'schen Bande entspannt und verstärkt.

Das Herabziehen des oberen Wundrandes der Obliquusaponeurose vom Poupart'schen Bande wurde schon von Girard[1] bei großen Leistenbrüchen empfohlen. Er verdoppelt noch die Aponeurose durch Zurückschlagen seines unteren Lappens. — Für den Austritt des Samenstranges wird am unteren Wundrande eine kleine Öffnung gelassen. Dieses Verfahren, wie auch dasjenige von Berger, welches ich vorher beschrieb, verstärken jedenfalls in sehr hohem Maße die Bassini'sche Naht, doch glaube ich, daß durch Knickung und Verlagerung des Samenstranges in einen engen Kanal eine noch größere Sicherheit gegen die neben dem Samenstrange hervortretenden Rezidive erlangt wird. Da der den Samenstrang beherbergende Kanal möglichst eng angelegt werden soll, ist es angezeigt, den Umfang des Samenstranges möglichst zu verringern; deshalb erhalten wir von den den Leistenkanal ausfüllenden Gebilden nur das Vas deferens mit dem Plexus pampiniformis und exstirpieren in der ganzen Länge des Leistenkanales den Cremaster, sowie diejenigen Hodenvenen, welche nicht mit dem Funiculus zum inneren Leistenringe verlaufen, sondern, sich von ihm beim äußeren Leistenringe trennend, mehr medial gegen die Fascia transversa hinziehen, um sich in die Epigastrica zu entleeren und auch die dem Processus vaginalis der Fascia transversa entsprechende, bei Hernien zumeist stark verdickte Bindegewebsschicht. — Unser Vorgehen gestaltet sich folgendermaßen:

1) Hautschnitt, parallel dem Poupart'schen Bande, exakte Blutstillung.

2) Trennung der Aponeurose des Obliquus externus, etwas konvergierend nach hinten zu mit dem Poupart'schen Bande. Schnitt von

---

[1] Leider konnte ich mir keine Originalmitteilung verschaffen, und ich kenne das Verfahren nur aus dem Handbuche der praktischen Chirurgie von Bergmann-Bruns-Mikulicz. II. Ausgabe. Bd. II. p. 940.

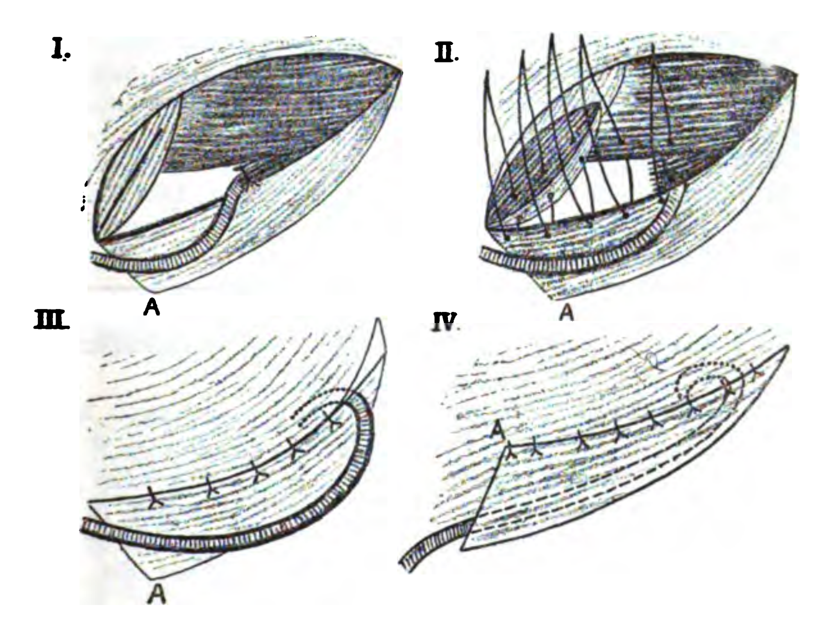
dem oberen Winkel des äußeren Leistenringes ausgehend, endet ca. 4 cm nach außen vom inneren Leistenringe.

3) Exstirpation des Bruchsackes.

4) Der untere Lappen der Obliquusaponeurose (die Spitze des Lappens ist mit *A* bezeichnet in der Figur) wird mit Klemmen stark heruntergezogen, das Poupart'sche Band gut sichtbar gemacht.

5) Die Rectusscheide wird schräg in einer Entfernung von 1 cm von ihrem äußeren Rande und parallel zu ihm eingeschnitten und der so gewonnene Fascienlappen gegen das Poupart'sche Band zurückgeschlagen (Fig. 1).

6) Bassininähte; die erste Naht wird über der Austrittsstelle des Samenstranges in der Weise angelegt, daß wir den Funiculus kräftig nach auswärts und aufwärts ziehen lassen und die über ihm befind-



liche Muskelpartie mit dem unter ihm liegenden Punkte des Poupartschen Bandes vereinigen und auch den Cremasterstumpf in die Naht nehmen; nun wird die Muskel-Fascienplatte bis zum Tuberculum pubicum mit dem Poupart'schen Bande vereinigt, beim Rectus müssen wir auch den nach unten zurückgeschlagenen Scheidenteil in die Naht nehmen; als Nahtmaterial verwenden wir zu den Nähten, welche die größte Spannung aushalten — so zur ersten Naht, welche neben dem Samenstrangaustritt angelegt ist —, wie zu den Nähten, welche den Winkel zwischen Obliquus int. und Rectus zum Poupart'schen Bande herabziehen, manchmal auch zu den Rectusnähten Seide, in den übrigen Catgut. — Die Art der Nahtanlegung demonstriert Fig. 2.

7) Den oberen Wundrand der Obliquusaponeurose nähen wir mit feiner Seide an das Poupart'sche Band, nachdem wir die Aponeurose

abpräparierten, und zwar so, daß diese Nahtlinie mit ca. 3 cm die Austrittsstelle des Samenstranges nach außen überschreitet (Fig. 3). Die gebrochene Linie bedeutet den unter der herabgezogenen Aponeurose liegenden Teil des Samenstranges.

8) Indem wir den Samenstrang stark nach unten ziehen wird der untere Lappen der Obliquusaponeurose mit feinen Seidennähten über dem Samenstrange zum oberen Teile der Aponeurose angenäht (Fig. 4).

9) Hautnähte. — Die umstehenden Figuren erklären genügend das Verfahren.

Diese Methode zu erproben hatten wir in Prof. v. Herczel's Abteilung bisher in 47 Fällen Gelegenheit, und wir konnten uns überzeugen, daß man sie an Hernien von verschiedenster Größe (bis mannskopfgroß) gut ausführen kann; die Vernähung der verschiedenen Schichten geht leicht und ohne Spannung von statten. Eine Ernährungsstörung des Hodens konnten wir nie beobachten, und die Fälle heilten alle, mit Ausnahme einzelner Hämatome, ganz glatt. — Die operierten Fälle sind seit viel zu kurzer Zeit beobachtet, als daß die Rezidive überhaupt in Frage kommen könnten, jedenfalls scheinen die durch dieses Verfahren geschaffenen anatomischen Verhältnisse das Zustandekommen derselben sehr zu erschweren. — Die Ausführung ist leicht und gefahrlos und sei sie darum den Fachgenossen zur Erprobung empfohlen.

---

1) **R. Lucke.** Über den Wert der Abortivbehandlung der akuten Gonorrhöe.

(Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene Jahrg. I. Hft. 9.)

Verf. benutzt als dem Protargol noch überlegen 15%ige Novarganlösungen. Von dieser Lösung wird mittels des Guyon'schen Instillationskatheters $1/_2$ ccm über die vordere Harnröhre verteilt, in 24- bis 36stündigen Zwischenräumen. In 41% der Fälle waren nach spätestens einer Woche die Gonokokken verschwunden, während die Bildung späterer Infiltrationen der Harnröhrenschleimhaut nicht verhindert wurde.

Willi Hirt (Breslau).

2) **C. Doktor.** Beziehungen des Bakterium coli commune zur Schwefelwasserstoffgärung des Harnes.

(Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene Jahrg. I. Hft. 9.)

Verf. zieht nur früh gelassenen, nicht zersetzten Urin in Betracht und kommt auf Grund seiner Experimente zu dem Schluß, daß das lebende, im Harne H_2S-Gärung erzeugende Ferment ein dem Bakterium coli commune identischer Mikrobe ist; auf Grund dieser Tatsache will Verf. eine Methode ausarbeiten, die die sichere differentialdiagnostische Unterscheidung des Bakt. coli com. vom Typhusbazillus in einfacher und kurzer Weise ermöglicht.

Willi Hirt (Breslau).

3) **Asch** (Straßburg). Urethroskopischer Beitrag.

(Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. XV. Hft. 10.)

Einleitend bemerkt A., daß man, um die Schleimhaut der Harnröhre in ganzer Ausdehnung zu sehen, genügend weite Tuben (Charr. Nr. 26—30) anwenden müsse und beschreibt dann 2—5 mm lange und 1—2 mm breite Rhagaden, welche er in der Pars membranacea, bulbosa und cavernosa von mit chronischem Tripper behafteten Pat. gesehen hat und welche bis jetzt noch nicht genügend beachtet wurden. Den Vorwurf, daß dieselben durch die dicken Instrumente verursacht seien, weist er von vornherein zurück. Die Behandlung bestand in Bestreichen mit Jodtinktur und nachheriger Berührung (sic!) mit Suprarenin (Adrenalin versagte zu diesem Zwecke). **Fr. Brunner** (Zürich).

---

4) **P. Riche.** Contribution au traitement des ruptures de l'urètre membraneux. — Rapport par M. Bazy.

(Bull. et mém. de le soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1056.)

R. empfiehlt auf Grund einer Beobachtung zur leichteren Auffindung des hinteren Endes der Harnröhre bei kompletten Harnröhrenzerreißungen den zwischen beiden Sitzhöckern geführten Querschnitt statt des nicht geübten Längsschnittes in der Raphe perinei.

Reichel (Chemnitz).

---

5) **C. Adrian.** Über syphilitische Harnröhrenstrikturen beim Manne.

(Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.)

Gummöse Strikturen bevorzugen im Gegensatze zu gonorrhoischen und traumatischen die distalsten Partien der Harnröhre. Gummata sind äußerst selten die Ursache von Strikturen. Die Strikturen auf Grund von Syphilis sind öfters sehr lang und nehmen leicht den Charakter der resilienten Striktur an.

Differentialdiagnostisch ist das ätiologische Moment zu berücksichtigen, desgleichen der Erfolg einer event. merkuriellen Kur. Für tiefsitzendes, primäres Karzinom der Harnröhre sprechen starke Blutungen, schnelles Wachstum, Leistendrüsenschwellung, Übergreifen auf die Haut mit multipler Fistelbildung, histologischer Nachweis des Karzinoms in ausgestoßenen Gewebsfetzen. Therapie: Merkurielle Kur; chirurgische Behandlung der sonst irreparablen Residuen.

Willi Hirt (Breslau).

---

6) **White.** The present position of the surgery of the hypertrophied prostate.

(Annals of surgery 1904. Dezember.)

Verf., der bereits 1893 eine größere Arbeit über die Behandlung der Prostatahypertrophie veröffentlichte, hat seine Ansichten über Entstehung und die Symptomatologie dieser Krankheit nicht, wohl aber

die über die Behandlung geändert. Symptomatische Behandlung mit Erweiterung der Harnröhre durch Sonden mit Blasenspülungen soll nur in ganz leichten Fällen im Frühstadium der Hypertrophie zugelassen werden. Die Bottini'sche Operation wird ganz verworfen, die Vasektomie und Kastration in gewissen Fällen zugelassen, aber als zweifelhaft in ihren Erfolgen angesehen. Von den Prostatektomien wird nur die totale Ausschälung von oben nach hohem Blasenschnitt und ohne Verletzung der Harnröhre als die einzig zu empfehlende Methode bezeichnet. Diese von Freyer zuerst in 110 Fällen angewandte suprapubische Enukleation ergab nur eine Sterblichkeit von 9%; da von den 10 Todesfällen jedoch nur 5 der Operation zur Last gelegt werden konnten, so erniedrigte sich die Sterblichkeit auf 6%. In 97 Fällen von den 110 Operierten war ein voller Erfolg zu verzeichnen.

Herhold (Altona).

---

7) **J. Vogel.** Zur inneren Behandlung des Blasenkatarrhs.

(Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane Bd. XVI. Hft. 1.)

Vier neue Mittel — Helmitol, Neuurotropin, Hetralin und Griserin — sind vom Verf. auf ihren therapeutischen Nutzen bei Blasenkatarrh geprüft worden. Die mittels der Transparenzbestimmung des Urins erhaltenen und durch mehrere Krankengeschichten erläuterten Resultate erkennen keines der vier Mittel als zuverlässiges Harndesinfiziens an und lassen nur als einen gewissen Vorteil derselben gelten, daß sie bei chronischen Fällen einen Wechsel der Therapie ermöglichen. Das Urotropin und das Sandelöl stehen nach Ansicht des Verf.s immer noch an der Spitze der Medikamente gegen Blasenkatarrh, doch ist auch ihre Heilkraft an bestimmte Grenzen gebunden.

Grunert (Leipzig).

---

8) **Rydygier.** Considérations sur la taille hypogastrique et notamment sur la technique de la suture de la vessie.

(Arch. internat. de chir. Vol. II. Fasc. 1.)

Die Indikationsstellung für die Ausführung der Sectio alta auch selbst bei Blasensteinen ist noch keine präzise. Noch weniger sicher ist die Prognose der Operation, und über die beste Technik derselben herrscht ebenfalls noch keine Einigkeit. Im Gegensatze zu anderen Chirurgen, die die Sectio alta in jedem Falle von Blasenstein für indiziert erachten, ist R. der Ansicht, daß die Litholapaxie die Operation der Wahl sein müsse, falls keine Kontraindikation bestehe. Die Sectio alta besitzt ja zweifellos dadurch eine gewisse Überlegenheit über andere Operationsmethoden, daß durch sie die Auffindung und Entfernung des gesuchten Steines wohl in jedem Falle gelingt. Doch in einem wichtigen Punkte, nämlich der Gefährlichkeit dieser Operation, gestatten die vorliegenden Statisiken keinen einwandsfreien Schluß. Es rührt dies vor allem daher, daß die meisten Operateure den hohen Blasenschnitt nur bei den schwereren Fällen anwenden. So hatte selbst ein Operateur wie Guyon in einer 10jährigen Opera-

tionsepoche die kolossale Sterblichkeitsziffer von 28%. »Die Kranken sterben eben nicht infolge der Operation, sondern trotz derselben auf Grund der vorher vorhandenen schweren Komplikationen.«

R. hat nun, von der Ansicht ausgehend, daß der hohe Blasenschnitt eine »sehr wenig gefährliche« Operation sei, sämtliche Fälle von Blasensteinen so operiert. Von diesen — allerdings nur 18 — Fällen endete keiner unglücklich. Der Verf. schreibt dieses gute Resultat seiner Operationstechnik zu.

R. ist erstens prinzipieller Anhänger des sofortigen und vollkommenen Schlusses der Blase. Zweitens führt er in jedem Falle einen Verweilkatheter ein, der gut überwacht werden muß. Weiter legt R. einen großen Wert auf die Technik der Blasennaht. Er hält trotz gegenteiliger Empfehlungen in bekannten Hand- und Lehrbüchern die Kürschnernaht für die zweckmäßigste Nahtmethode, da bei Vergrößerung bezw. Ausdehnung der Blase die Naht sich fester zieht und damit die Wundränder dichter aneinander bringt. Die Angst, daß bei Reißen der Naht ein großes Loch entstände, sei unberechtigt, da eben so gut durch ein kleines Loch aller Urin aus der Blase ausfließen kann (Simon). R. legt zwei fortlaufende Catgutnähte, ohne die Schleimhaut zu fassen. Von Wichtigkeit ist dabei, daß die Naht jenseits des Wundwinkels aufhört bezw. anfängt. Der Dauerkatheter bleibt 8—10 Tage liegen und muß gut überwacht werden. Die Bauchdecken werden bis auf eine kleine Drainageöffnung geschlossen.

Am Schluß teilt Verf. einen interessanten Fall von Blasentuberkulose mit Durchbruch in die Bauchhöhle mit, in dem er ein Stück der Blasenwand samt Peritoneum erfolgreich resezierte.

Engelmann (Dortmund).

---

9) **F. Suter** (Basel). Über den Harnscheider von Luys und die Ausscheidung von Indigokarmin durch die Nieren. Ein Beitrag zur funktionellen Nierendiagnostik.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1904. Nr. 18.)

S. hat gefunden, daß in Verbindung mit dem Luys'schen Harnscheider (Ann. des malad. des org. génito-urin 1903 Nr. 4) die von Heidenhain benutzte Methode der Indigokarmininjektionen (4 ccm einer 4%igen Lösung intramuskulär) eine Kontrolle für die gute Funktion des Instrumentes und wertvolle Aufschlüsse über die Funktion der Niere gibt, auch sehr einfach ist. Er belegt dies durch Mitteilung von 7 Fällen. Wo die Niere ganz degeneriert ist, kommt überhaupt kein Farbstoff, wo sie schwer krank ist, erfolgt die Ausscheidung verspätet, nach 30—40 Minuten, und sehr gering. Eine weniger erkrankte Niere scheidet geringere Quantitäten aus. Immer bleibt die kranke Niere zeitlich und quantitativ hinter der gesunden zurück.

Ein Vergleich der Leistungsfähigkeit dieser Methode mit der Phloridzinmethode ist an einschlägigen Fällen noch nicht gemacht.

Stolper (Göttingen).

---

10) V. Margulies. Zur Diagnose und Kasuistik der chirurgischen Nierenerkrankungen.

(Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene Jahrg. I. Hft. 8—12.)

Eingehende Würdigungen der modernen urologischen Untersuchungsmethoden, namentlich der Cystoskopie und des Harnleiterkatheterismus an der Hand zahlreicher selbst beobachteter und operierter Fälle.

Willi Hirt (Breslau).

---

11) P. Alglave. Dispositions vicieuses du côlon ascendent provoquées par l'abaissement du rein droit.

(Revue de chir. XXIV. ann. Nr. 12.)

Die mit 8 Figuren ausgestattete kurze Darstellung einiger Leichenbefunde, 4 von 8 benutzten weiblichen Kadavern entstammend, wird denen recht willkommen sein, welche im Krankheitsbilde der Enteroptose der Niere eine primäre Rolle zuschreiben. Das Lig. hepatocol. und sein Übergang zur parietalen Befestigung, als Toldt'sche Fascie beschrieben, steht in ziemlich fester Verbindung mit dem unteren Nierenpole. Beginnt nun die rechte Niere zu gleiten, so schiebt sie (anstatt wie Legueu meinte, unter das Mesokolon zu treten) das Kolon vor sich her, entsprechend den Anschauungen von Glantenay und Gosset. A. glaubt dies in seinen Präparaten recht deutlich zu erkennen. Außerdem ist der Blinddarm an Ort und Stelle geblieben. Nicht die Senkung des Kolon also hat die Niere nach sich gezogen, sondern der untere Nierenpol hat das Kolon eingeknickt; es entstehen weiterhin Kotstauungen, Reizungen, Verwachsungen, und somit die weitere Konsequenz, daß, wer Verdauungsstörungen durch Nephropexie bekämpfen will, auch mit den durch Verwachsungen ständig gewordenen Knickungen des Dickdarmes werde rechnen müssen.

Ref. möchte auf die Abbildungen 3 und 5 mit der Bemerkung hinweisen, daß sie wohl auch die Legueu'sche Deutung zulassen und A. uns die Erklärung schuldig bleibt, woher die Verwachsungen kommen, die über die Niere hinauf bis zum Querdickdarm und zur Leber ziehen, sowie dafür, warum die Niere sich primär senkt.

Christel (Metz).

---

12) C. Mariani. Proposta di nefropessi col passagio attraverso al rene del periostio della 12ª costa resecata.

(Gazz. degli ospedali 1904. Nr. 91.)

M. hat das im Titel angedeutete Verfahren an der menschlichen Leiche und an vier Hunden, welch' letztere er bis $2^1/_2$ Monate nach der Operation beobachtete, ausprobiert und ist geneigt, dasselbe zur Nephropexie auch am Lebenden zu empfehlen. Technik: Inzision entlang der 12. Rippe, Freilegung derselben, sorgfältige subperiostale Resektion eines etwa 8 cm langen Stückes dieser Rippe. Nun wird die Niere von der Fettkapsel befreit und ein Trokar quer von außen nach innen durch die Rindensubstanz gebohrt. Befestigung eines

Fadens an dem periostalen Hohlzylinder der resezierten Rippe und Durchführung des ersteren rückwärts durch den Trokar, so daß beim Zurückziehen desselben der Periostzylinder durch die Niere folgt. Die Resultate waren beim Hunde klinisch gute; bei der Sektion lag die Niere fest im Lager. Um das Periost leichte reaktive Bindegewebswucherung, keine Knochenneubildung. **A. Most** (Breslau).

---

13) **A. Yvert.** De l'intervention opératoire dans les néphrites et dans certaines affections médicales du rein.

(Revue de chir. XXIV. Nr. 9.)

Die Arbeit ist eine rosig gefärbte Übersicht über die Erfolge der chirurgischen Behandlung akuter und chronischer Nephritiden durch die bisher empfohlenen Operationsmethoden, besonders die Nephrotomie, Nephrektomie, die Dekapsulation und Nephrolyse. In der Absicht, rein technisch zu bleiben, vermeidet Y. — von einigen anatomischen Bemerkungen als Einleitung abgesehen — auf theoretische Betrachtungen und vor allem die bisherigen experimentellen Arbeiten zur Beleuchtung des Themas einzugeben; die Abhandlung gipfelt in der Empfehlung der von P o u s s o n als entspannende, drainierende Operation empfohlenen Nephrotomie und gibt ihr der prompten Wirkung und geringeren Verletzung wegen den Vorzug vor der Enthülsung. Die Nephrektomie käme nur als zweite Operation, nach Versagen der Nephrotomie, in Frage. Zur Beurteilung seiner emphatischen Besprechung des Themas darf vielleicht auf die Verhandlungen des Kongresses der Deutsch. Ges. f. Chir. verwiesen werden. **Christel** (Metz).

---

14) **Odiorne** and **Simmons.** Undescended testicle.

(Annals of surgery 1904. Dezember.)

Eine sehr fleißige Arbeit mit guten Abbildungen; ihr Inhalt ist, kurz wiedergegeben, folgender. Es ist zu unterscheiden zwischen Ektopie des Hodens und nicht herabgestiegenem Testikel; im ersteren Fall ist das Organ von seinem Weg abgewichen, im zweiten Fall ist es auf dem Weg irgendwo stecken geblieben. Fehlt ein Hode im Hodensack, so kann nicht ohne weiteres von Monorchismus, sondern nur von Monokryptorchismus gesprochen werden. Die Ursachen für das Nichtheruntersteigen des Hodens können in Abnormitäten des Mesorchiums, des Lig. gubernaculi, des Leistenkanales, endlich in durch fötale Peritonitis hervorgerufenen Strängen bestehen. Der Hoden bleibt nun liegen 1) in der Bauchhöhle, 2) im Leistenkanal, 3) außerhalb des äußeren Leistenringes, 4) im obersten Teile des Hodensackes. Die Retention im Leistenkanal ist die häufigste, dann folgt die abdominelle. Klinische Erscheinungen machen meistens nur die inguinalen Retentionen, indem hier der Hoden durch Trauma oder infolge der dauernden Kompressionen durch die Bauchmuskeln sich entzündet. Der retinierte Hoden ist meistens funktionsuntüchtig, seine Albuginea

und das peritubuläre Gewebe ist fibrös verdickt und vermehrt; in dem intertubulären Gewebe finden sich interstitielle Zellen, die sonst nur bei Kindern vorkommen, in der Pubertät jedoch verschwinden. Auch die Grundmembran der Tubuli ist verdickt, in ihnen fehlen die spermaerzeugenden Zellen.

Von Komplikationen bei nicht herabgestiegenem Hoden wird als die häufigste die Hernie angetroffen; andere Komplikationen sind Hydrokele, Epididymitis gonorrhoica, Torsion des Samenstranges, bösartige Neubildungen.

Was die Behandlung anbetrifft, so soll man stets eingreifen, wenn der Hode bis zum 11. oder 12. Jahre nicht herabgestiegen ist, da er nach dieser Zeit bereits pathologische Veränderungen eingehen kann. Massage und manuelles Herunterziehen gibt nur in ganz leichten Fällen gute Resultate; daher ist die Operation die sicherste Behandlung.

Die Orchidektomie kommt nur bei ganz atrophischen oder kranken Hoden in Betracht; wenn die Orchipexie nicht möglich ist und der Hoden nicht aus äußeren Gründen entfernt werden soll, so kann man ihn in die Bauchhöhle zurückzubringen suchen. Am meisten ist naturgemäß die Orchipexie zu empfehlen, bezüglich welcher die Methode Katzenstein's beschrieben wird. **Herhold** (Altona).

---

15) **R. Böhm.** Über Punktion bei Epididymitis gonorrhoica.

(Prager med. Wochenschrift 1904. Nr. 2.)

Verf. machte in der Klinik von F. Pick zwecks Gonokokkennachweis Punktionen des Nebenhodens bezw. des Ergusses in die Tunica vaginalis. Dabei beobachtete er als zunächst unbeabsichtigte Wirkung die auffallende Erscheinung, daß bei allen akuten Fällen, die mit Fieber und starken Schmerzen einhergingen, eine rasche Besserung eintrat, indem das Fieber in kürzerer Zeit abfiel, die Schmerzen schwanden und auch die Schwellung scheinbar früher zurückging. Die weitere Behandlung geschah mit 10%iger Guajakolvaseline, Jodkalikataplasma und immobilisierendem Suspensorium.

Als Erklärung für den Erfolg in den Fällen, in welchen Flüssigkeit nicht entleert wurde, nimmt B. eine Erleichterung der Resorption für die entzündlichen Exsudate infolge Durchtrennung der verschiedenen Gewebsschichten an. **Gutzeit** (Neidenburg).

---

16) **L. Lofton.** An improvised method of operating for varicocele.

(New York and Philadelphia med. journ. 1904. November 19.)

L. empfiehlt eine kleine Modifikation der alten perkutanen Ligatur als Varikokelenoperation. Er führt die gekrümmte Nadel von einer vorderen Einstichstelle um den Plexus und auf der anderen Seite subkutan zurück und zur Einstichstelle wieder hinaus. Wenn es wünschenswert erscheint, wird das gleich noch an einer oder zwei Stellen wieder-

holt. Da die früheren Nachteile dieser Methode (Infektionen in der vorantiseptischen Zeit) heute bei strenger Asepsis kaum mehr in Betracht kommen, so verdient L.'s Vorschlag wohl insofern Beachtung, als die Kranken dabei kaum in der Ausübung ihres Berufes gestört werden. Seine Erfolge in 17 Fällen waren gut.

Lengemann (Bremen).

---

17) **Hennequin.** Le traitement des fractures.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1047.)

H. wendet sich mit scharfen Worten gegen die ambulante Behandlung der Frakturen der Unterextremitäten, insbesondere des Oberschenkels. Er kritisiert die in der Pariser chirurgischen Gesellschaft von Reclus und Delbet vorgestellten Fälle, deren Heilresultat nichts weniger als befriedigend genannt werden könne, hebt hervor, daß die Stützpunkte keines portativen Apparates ausreichen, um bei Schrägbrüchen eine Wiederverschiebung der Bruchstücke unter dem Einfluß der Muskelkontraktion und der Köperschwere zu verhindern, betont, daß die Vorteile des kürzeren Krankenlagers im Bett nur in sehr wenigen Fällen von Bedeutung sind, und empfiehlt die Behandlung mit seinem bekannten Streckapparate. **Reichel** (Chemnitz).

---

18) **Berger.** Sur le traitement des fractures par les appareils de marche.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1134. Diskussion p. 1153.)

B. verwirft die ambulante Behandlung von Oberschenkelbrüchen nahezu vollständig, rühmt hingegen die Methode der Extension mittels des Hennequin'schen Apparates als fast unübertrefflich. Das Prinzip des Verfahrens: »Ausübung des Zuges am unteren Fragmente durch Zug an dem im Kniegelenke halbgebeugten Unterschenkel« hält er für unangreifbar. Es entspricht diese Stellung der größten Kapazität des Kniegelenkes, also derjenigen Stellung, welche das gebrochene Bein wegen des die Fraktur meist begleitenden Flüssigkeitsergusses in das Kniegelenk von selbst einzunehmen strebt. Bei halber Beugung des Kniegelenkes befinden sich alle Muskeln, besonders die vom Becken zum Unterschenkel ziehenden, in gleicher Spannung und erleiden durch die Extension gleichmäßige Zugwirkung. Die mehr oder minder ausgesprochene Abduktionsstellung des Beines, in welcher der Hennequin'sche Apparat wirkt, bietet den Vorteil, das untere Fragment in die Verlängerung des an sich abduzierten oberen Bruchstückes zu bringen. Dabei läßt der Apparat Hüft- und Kniegelenk frei und vermeidet die durch die Extension bei gestrecktem Kniegelenke so oft bedingte langdauernde Versteifung dieses Gelenkes. — Nach B.'s Erfahrung verschafft der Hennequin'sche Apparat bei allen Frakturen des Oberschenkels eine Konsolidation ohne oder mit äußerst geringer Verkürzung von weniger als 1 cm bei einem Minimum von Versteifung

und Muskelatrophie. Dabei ist seine Anwendung einfach, jedem Arzte zugänglich. — Allen Methoden, Oberschenkelbrüche im Umhergehen zu behandeln, haftet hingegen der Nachteil an, daß die Apparate bezw. Verbände schwer anzulegen sind, beständige Überwachung verlangen, schwer und unbeholfen sind, eine wirklich freie Bewegung doch nicht gestatten, leicht zu Versteifung der Glieder führen, vor allem aber der Dislokation und Heilung mit starker Verkürzung nicht sicher genug entgegenarbeiten.

Bei Unterschenkelbrüchen will B. die ambulatorische Behandlung der einfachen Querbrüche ohne Dislokation oder isolierter Brüche nur eines der beiden Knochenschafte oder nur eines Knöchels mittels Kontentivverbänden gestatten; für alle anderen Brüche, bei denen die Neigung zur Dislokation größer ist, verlangt er Bettbehandlung.

Den vorstehenden Ausführungen B.'s schließen sich Lucas-Championnière, Quénu, Michaux, Broca, Bazy fast vollständig an; sie alle stimmen überein in dem Lobe des Hennequin'schen Apparates zur Behandlung der Oberschenkelbrüche. Nur bei den unmittelbar oberhalb der Kondylen sitzenden Frakturen hält Championnière seine Anwendung für sehr schwierig und bei den Schenkelhalsbrüchen für unnötig; Pat. mit letzteren läßt er ohne jeden Verband sehr früh umhergehen. Hingegen rühmen Quènu, Michaux, Bazy gerade auch bei Schenkelhalsbrüchen die Vorteile der Behandlung mittels des Hennequin'schen Extensionsapparates; er befreit die Pat. fast sofort von ihren Schmerzen, gestattet ihnen das Sitzen und entlastet das Hüftgelenk, schützt es vor Versteifung.

Reichel (Chemnitz).

---

19) **M. Frölich.** Hémophilie articulaire (arthrites hémophiliques).

(Revue d'orthopédie 1904. Nr. 4.)

Unter Mitteilung von 4 Beobachtungen an 4-, 7-, 9- und 20jährigen Personen (darunter drei männlichen) unterscheidet Verf. drei Formen, die akute, subakute und chronische Form, welche jede für sich ein abgeschlossenes Krankheitsbild darstellen. Höchstens kann einmal die subakut auftretende Gelenkstörung in ein chronisches Leiden übergehen. Die akute Blutergelenkentzündung verläuft in einem Anfall unter stürmischen Erscheinungen mit oder ohne besondere Veranlassung (Trauma) unter höherem Fieber, heftigen Schmerzen, Funktionsstörungen, starker Schwellung des Gelenkes und seiner Umgebung mit nachbleibender Ekchymose, und führt in etwa 10 Tagen zu vollkommener Rückbildung, auch wenn häufigere Rückfälle immer dasselbe Gelenk treffen. Häufiger verläuft das Leiden in der subakuten Form, mit ähnlichen aber milderen Erscheinungen, und in kürzerer Zeit, in etwa 3—6 Tagen, führt in der Regel aber auch immer wieder zur vollen Norm zurück, auch wenn sich die Krankheit in viel häufigeren Anfällen entlädt. Dagegen bleibt bei der chronischen Blutergelenk-

erkrankung zwischen den einzelnen sich mehr schleichend entwickelnden und nicht in so abgeschlossenen Anfällen verlaufenden Exazerbationen das Gelenk dauernd geschädigt, es kommt zu Verdickungen, Deformationen — und häufiger zu Verwechslungen mit der tuberkulösen Entzündung.

Während bei der dritten Form pathologisch-anatomische Befunde genug erhoben sind und hier auf die klassische Beschreibung von König verwiesen werden kann, fehlen solche bei den beiden ersten Formen in genügender Weise. Sicher kommt bei der akuten Form nicht nur im Innern des Gelenkes, sondern auch in den periartikulären Geweben ein Bluterguß zustande, nicht bei der subakuten. Für die Behandlung ist natürlich wichtig die Diagnose und für diese wiederum wichtig, daß man an die Bluterbeschaffenheit des Kranken denkt. Freilich kommen seltenere Fälle vor, wo diese sich vorher nicht bemerklich gemacht hat. Natürlich sind alle gewaltsamen und blutigen Eingriffe ausgeschlossen — Verf. kennt bei einem seiner Pat. den betrübenden Ausgang eines solchen —; die Behandlung trägt vorwiegend orthopädischen Charakter. **Herm. Frank** (Berlin).

---

20) **W. Łapinski.** Kampferthymol in der Behandlung tuberkulöser Knochen, Gelenke und Drüsen.

(Gazeta lekarska 1905. Nr. 1.)

Verf. berichtet, daß er seit 6 Jahren Kampferthymol mit gutem Erfolg in Form von Injektionen anwendet. In Eiterherde spritzt er unter streng antiseptischen Kautelen mit einer dünnen Kanüle 5,0 bis 10,0 alle 3 bis 8 Tage ein. In die Gelenke (vorwiegend das Knie) 1,0 bis 5,0. In isolierte Drüsen werden nur einige Tropfen injiziert und die Injektionen viele Male wiederholt. In der letzten Zeit spritzt Verf. anfangs Kampferthymol, später Jodoformemulsion ein. Ein statistischer Bericht über die Anzahl der Beobachtungen und die Erfolge ist nicht angeführt. **Bogdanik** (Krakau).

---

21) **P. Glaessner.** Die Little'sche Krankheit.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4.)

Während Freud u. a. die Little'sche Krankheit zu den infantilen Zerebrallähmungen rechnen und hemiplegische und diplegische Formen streng voneinander scheiden, bezeichnet Verf. dieselbe als eine zerebrospinale Erkrankung. Vom klinisch-praktischen Standpunkt aus schließt er sich der Einteilung der zerebralen Diplegien nach Hoffa an: 1) die Little'sche Krankheit im engeren Sinne des Wortes oder sog. angeborene spastische Gliederstarre (Rupprecht). Obere Extremitäten frei, häufig etwas Strabismus, Intelligenz völlig normal, Prognose sehr gut. 2) Allgemeine Starre: neben den unteren auch die oberen Extremitäten befallen; daneben zerebrale Störungen (Strabismus, Sprachstörungen). Intelligenzdefekte und nicht selten epi-

leptische Anfälle. Prognose für die Therapie schlecht. 3) Allgemeine Athetose. Prognose relativ günstig.

Unter Benutzung dieser Einteilung referiert Verf. über die umfangreiche Kasuistik der Hoffa'schen chirurgisch-orthopädischen Klinik. Dieselbe umfaßt 70 Fälle, von denen 53 Krankengeschichten mitgeteilt werden. Zur ersten Gruppe gehören 26, zur zweiten 23 und zur dritten 4 Fälle.

Im Anschluß an diese Mitteilungen erörtert Verf., daß wir eine einheitliche Ursache für die Little'sche Krankheit nicht kennen. Ferner faßt er die charakteristischen Symptome noch einmal übersichtlich zusammen und bietet damit eine gute Schilderung des ganzen Krankheitsbildes. Hieran schließt sich die Besprechung der pathologischen Anatomie, der Prognose, Diagnose und Therapie. Die wichtigeren Punkte sind noch einmal tabellarisch zusammengestellt; hierbei ist nur die operative Therapie berücksichtigt. Die Nachbehandlung wird am Schluß der Arbeit in einem eigenen Kapitel besprochen. Jede Therapie muß nach Hoffa darauf ausgehen, die Energie des corticomotorischen Neurons zu heben und die Wirkung des peripheren Neurons zu schwächen.

Die Mitteilung des wertvollen Materiales wird für jeden, der sich mit der Sache beschäftigt, von Interesse sein.

J. Riedinger (Würzburg).

---

22) **A. A. Mumford.** Child study and the treatment of paralysis in children.

(Lancet 1905. Januar 7.)

Jedes Kind ist in den ersten Lebensmonaten unfähig, seine Gliedmaßen in der für ihre Funktionen nötigen Weise zu gebrauchen. Erst allmählich lernt das Kind, durch Stoßen der Füße gegen das Bett, durch Kriechen auf allen Vieren, durch gleichzeitiges Festhalten des Körpers mit den Händen usw., die Beine zum Stehen und Gehen richtig zu gebrauchen. Besonders wichtig ist nach den Ausführungen Verf.s das Kriechen auf allen Vieren, da es die Abduktoren und Außenrotatoren des Oberschenkels entwickelt und Koordination in ihre und ihrer Antagonisten Funktion bringt. — Diese Betrachtungen veranlaßten Verf. zu dem Versuche, Kinder mit spastischen Lähmungen so zu behandeln, als wenn sie wieder von Ursprung an alle Bewegungen erst lernen müßten. Die Spasmen in den Beinen, und zwar in den Innenrotatoren und Adduktoren, beruhen auf Schwäche und Fehlern in dem gemeinsamen Zusammenwirken der Außenrotatoren und Abduktoren. Durch konsequent durchgeführtes Legen der Kinder auf den Bauch, verbunden mit Massage, Übungen, Kriechversuchen usw. gelang es Verf. die Steh- und Gehfähigkeit der Kinder erheblich zu bessern. Für die obere Extremität wurde in ähnlicher Weise die Kräftigung der Arme durch Übungen an Stützbarren durchgeführt. Auch die so oft mangelhafte Intelligenz der Kinder wurde durch die Selbstkontrolle bei den Übungen gebessert. — 5 Zeichnungen über die Erlernung des

Stehens und Gehens beim normalen Kinde tragen zur Anschaulichkeit bei.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

---

23) **P. Derocque.** Les résultats eloignés de la transplantation tendineuse dans la paralysie infantile.

(Revue d'orthopédie 1904. Nr. 4.)

Gegenüber den unbestimmten oder ungenügenden Angaben der Autoren über die End- und Dauererfolge ihrer Sehnenüberpflanzungen (wobei übrigens daran erinnert werden mag, daß auch bei dem berühmten ersten Fall von Nicoladoni das zunächst gute Ergebnis nach der Mitteilung von Maydl später wieder umgeschlagen ist) hat Verf. sich der dankenswerten Mühe unterzogen, durch persönliche Erkundigungen bei den einzelnen Operateuren einen Gesamtblick darüber zu gewinnen, welchen wirklich brauchbaren Nutzen das Verfahren geschaffen hat. Das Fehlen einer lückenlosen Statistik beklagt er besonders bei den beiden Operateuren, welche über die meisten Erfahrungen zu verfügen haben müßten: Vulpius hat (bis 1902) von ca. 500 Fällen nur etwa über 35 eingehender berichtet, und Lange hat von 56 seiner Sehnenansatzverlagerungen nur über einige wenige gelegentlich wichtigere Mitteilungen gemacht (bis 1903). Seine persönlichen Erkundigungen zusammen mit den Fällen, welche er aus der Literatur ausziehen konnte, geben ein Material von 509 Fällen außer den eben genannten; aber auch von diesen ist nur ein Teil für die Statistik der Dauerergebnisse brauchbar, ein größerer Teil der Fälle charakterisiert sich ebenso wie die von Vulpius und Lange. Auch diese erweiterten persönlichen Bemühungen erlauben noch kein bestimmtes einheitliches Urteil über den Wert der Methode. Fest steht nur die geringe Gefahr für das Leben. Nur ein Pat. (Codivilla), dem wohl zuviel bei der Operation zugemutet worden ist, ist im Kollaps gestorben. Zweifellos gibt es Fälle, wo ein durch Kinderlähmung vollkommen unbrauchbares Glied nicht allein wieder funktionsfähig, sondern auch mit frischem Leben erfüllt worden ist — sogar dem gesunden Glied überlegenes Längenwachstum ist beobachtet. In anderen Fällen ist auch bei sonst gutem Heilungsverlaufe keinerlei Besserung der Funktion erzielt. Noch viel häufiger ist nach anfänglich anscheinend gutem Erfolge das Ergebnis zum Schluß viel ungünstiger geworden. Die Meinung der Operateure selbst über den Wert des Verfahrens ist auch keine einheitliche. Manche bleiben demselben treu, andere mit ebenso reichen Erfahrungen haben doch soviel überwiegende Mißerfolge, daß sie Knochenoperation, Arthrodesen zu Hilfe nehmen. Der Gesamteindruck des Verf.s ist der, daß die Erfahrungen von den Operateuren zu früh mitgeteilt werden, und deswegen heute ein Schlußurteil über die wirkliche Leistungsfähigkeit der Methode bezüglich des Dauererfolges und des Nutzens für das Leben noch nicht möglich ist. Die Autoren mit »den Hunderten von Fällen« sind eine Wiedergabe aller Einzelheiten schuldig.

Herm. Frank (Berlin).

---

24) **C. Ghillini** (Bologne). Fracture de l'épiphyse inférieure du radius causée par la manivelle de mise en marche les moteurs d'automobile.

(Revue de chir. XXIV. Jahrg. Nr. 10.)

Seit den ersten Mitteilungen von Lucas-Championnière über Radiusbrüche beim Anlaufenlassen der Automobile durch Rückschlag der Kurbel sind wiederholt neue Fälle dieser Berufsunfallverletzung veröffentlicht worden. Lucas-Championnière machte als Mechanismus sei es den Stoß in Hyperextension (Fract. par arrachement), sei es direktes Aufschlagen des Griffes auf das untere Radiusende verantwortlich, Walther die Abreißung durch Zerrung für einen von ihm behandelten Verletzten. G. weist die Erklärung der Fr. par arrachement zurück. Seiner experimentell gestützten Ansicht nach ist es lediglich der Stoß auf die Handfläche in Hyperextension und Extension, der sich in der Ulna bis zum Olekranon fortsetzt und dort als Schmerz fühlbar wird; weil sie durch elastische Bänder wie durch einen Federapparat geschützt wird, bricht sie nicht. Das untere Radiusende dagegen wird am Carpus durch feste Bänder fixiert und weiter aufwärts vom Lig. interosseum, so daß es nicht ausweichen kann und bricht. Ehe der Stoß die Rotula trifft, ist er erschöpft.

Christel (Metz).

---

25) **M. Reiner.** Das Prinzip der Individualisierung in der Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 52.)

Die ursprüngliche Annahme von Lorenz, daß durch die unblutige Einrenkung der angeborenen Hüftverrenkung eine anatomische Herstellung normaler Gelenkverhältnisse in den meisten Fällen herbeigeführt würde, erscheint in Wirklichkeit erst seit der Zeit gerechtfertigt, wo nach der Einrenkung die Stellung im ersten Verband und noch mehr bei der Wahl des nach Abnahme desselben einzuschlagenden Verfahrens die einzelnen Fälle ganz nach ihren eigenen Indikationen, also individualisierend, behandelt werden. Für den ersten Verband kommt die anatomische Konfiguration der Mißbildung, Formation des Kopfes, der Pfanne usw. in Rechnung. Die etwa notwenig werdende Hyperextension soll nicht länger als 4 Wochen innegehalten werden. Nach Abnahme des ersten Verbandes kommt es auf Rigidität oder Lockerheit des Gelenkes an, um der letzteren nicht zu sehr nachzugeben (Abduktion). Ist die Einrichtung nicht vollkommen gelungen, so sind natürlich noch besondere Vorsichtsmaßregeln nötig, welche sich nach den bestehenden Verhältnissen richten. Eine axilläre Abduktion für 5—8 Wochen kann unter Umständen sogar ein besseres Ergebnis schaffen, als ein zweiter Repositionsversuch. Auf Grund einer derart individualisierenden Behandlungsweise sind die Erfolge der letzten Zeit so viel besser geworden, daß Verf. jetzt mindestens in 75% der Lorenz'schen Fälle anatomische Gelenkrekonstruktionen annehmen

zu können glaubt. Eine weitere Besserung der Ergebnisse läßt sich noch durch Anwendung der subtrochanteren Osteotomie nach Schede erwarten, welche in etwa 5—8% aller Fälle bei hochgradiger Anteversion des Schenkelhalses wirklich indiziert ist. Natürlich findet die strenge Individualisierung jedes einzelnen Gelenkes bei doppelseitiger Affektion besondere Schwierigkeit, und dadurch werden die Erfolge hier etwas beeinträchtigt. **Herm. Frank** (Berlin).

26) Sir W. H. Bennett. Recurrent effusion into the knee joint after injury.

(Lancet 1905. Januar 7.)

Verf., Chirurg am Londoner St. Georges Hospital, bearbeitet hier eingehend den rezidivierenden traumatischen Kniegelenkserguß auf Grund von 750 eigenen Beobachtungen. Die jeweiligen Traumen waren leichteren oder schwereren Grades; oft standen sie in ihrer Unbedeutsamkeit gar nicht im Verhältnis zur Schwere des Gelenkergusses. Die Fälle werden in zwei große Gruppen eingeteilt: 1) Fälle, die durchaus unabhängig von Konstitutionsleiden irgendwelcher Art sind; 2) Fälle, die noch durch Konstitutionsanomalien beeinflußt sind.

Die erste Gruppe umfaßt 509 Fälle, darunter sind: 1) 428 Fälle mit ausgesprochenen Symptomen des Dérangement interne; 80mal wurden hier Semilunarknorpel, resp. gestielte Corpora libera operativ entfernt. 2) 56 Fälle ohne klare Symptome, abgesehen von dem rezidivierenden Erguß, wobei 12mal die Explorativeröffnung des Gelenkes gemacht wurde. 3) 21 Fälle mit den typischen Begleitsymptomen freier Gelenkkörper (abgesehen von Osteoarthritis); es wurden 16 operiert, wobei sich die Diagnose bestätigte. 4) 4mal zeigte sich der traumatische rezidivierende Gelenkhydrops bei Genu valgum; 2 Fälle wurden durch Osteotomie geheilt. — Bei hartnäckigem Bestehen des Leidens hält Verf. auch in zweifelhaften Fällen stets die Probearthrotomie für indiziert; auch die schwersten Lagerungsanomalien der Semilunarknorpel können ohne klares Krankheitsbild bestehen.

Die zweite Gruppe umfaßt 241 Fälle; hier spielen Allgemeinleiden im lokalen Krankheitsprozeß eine gewisse Rolle, und zwar: 1) in 107 Fällen Osteoarthritis, dabei 8mal Entfernung von Corpora libera mit gutem Erfolg; im übrigen bestand die Behandlung in Heißluftbädern, Massage und elektrischer Vibrationsmassage. 2) in 30 Fällen Gicht und Rheumatismus; hierhei wurde der Erguß 2mal mit Inzision, 2mal mit Aspiration behandelt; letztere erwies sich als vorteilhafter. 3) in 42 Fällen Syphilis; hier wurde nur konstitutionell behandelt. 4) Gonorrhoisch waren die Ergüsse in 28 Fällen, davon wurde 1mal inzidiert, 2mal aspiriert; der Erfolg war der gleiche, daher ist die letztere Methode vorzuziehen. 5) Malaria fand sich ursächlich in 18 Fällen; einmal wurde in der Annahme, der Erguß sei eitrig, inzidiert; der Verlauf war günstig. 6) Hämophilie war in 3 Fällen die Ursache eines rezidivierenden Blutergusses nach geringfügigem Trauma; derselbe wurde einmal, allerdings mit nur geringem Erfolge, aspiriert.

7) In 13 Fällen fanden sich rezidivierende Ergüsse im Knie- oder Fußgelenk bei jugendlichen, mit Menstruationsanomalien behafteten Mädchen. Sie pflegten mit Aufhören der Menses wieder zu verschwinden. Anlaß zu operativem Eingreifen gaben sie niemals.

Bei beiden Gruppen der Erkrankung wurden in der Mehrzahl Männer betroffen; das Dérangement interne wurde mehr als doppelt so häufig links wie rechts angetroffen, freie Gelenkkörper doppelt so häufig rechts, wie links. In 702 Fällen war ein Knie, in 48 waren beide Knie befallen. — Die Arbeit enthält 7 Zeichnungen über die beobachteten Semilunarknorpelalterationen.

Die Arbeit zeichnet sich durch eine außerordentliche zusammenfassende Kürze aus, was den hohen inhaltlichen Wert jedoch nicht zu beeinflussen vermag. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

---

27) **Tavel** (Bern). Behandlung der Varicen durch die Ligatur und die künstliche Thrombose.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1904. Nr. 19.)

Wenn nach Trendelenburg'scher Ligatur der Saphena interna wegen Varicen spontane Thrombose nicht eintritt, so sticht T. mit Pravaz-Spritze in das Venensegment, welches thrombosiert werden soll, ein, aspiriert etwas Blut, um sich zu überzeugen, daß er in der Lichtung ist, und injiziert 1, 2 bis 3 Spritzen 5%iger Karbolsäure, nötigenfalls an mehreren Stellen. Sind alle in liegender Stellung sichtbaren Venen thrombosiert, so läßt er — nach 8—14 Tagen — den Pat. aufstehen. Manchmal sind noch weitere Injektionen in die im Stehen erst sichtbar werdenden Venen nötig. Der Schmerz ist — wenigstens bei nicht sehr sensiblen Individuen — meist gering.

T. empfiehlt die Unterbindung der Saphena übrigens auch für die Behandlung der Phlebitis. **Stolper** (Göttingen).

---

28) **M. Savariaud.** Deux cas d'interventions pour fracture de Dupuytren vicieusement consolidées.

(Revue d'orthopédie 1904. Nr. 2.)

Zwei erfolgreich mit Operation behandelte Fälle von schlecht geheiltem Knöchelbruche geben dem Verf. Veranlassung zu einigen allgemeinen Bemerkungen. Von Wichtigkeit ist die Erhaltung oder Herstellung der Gabel. Langsame Konsolidation und sekundäre Knochenverlagerungen weisen auf Weichteil-Fascienzwischenschiebung und Verfettung des Knochgewebes hin. Knochennaht gibt ein gutes Ergebnis, wenn die Knochen nicht zu weich oder rarefiziert sind; bei älteren Brüchen muß man ein Schienbeinstück unter Umständen herausnehmen, die Hauptsache bleibt aber, die Knochenreste zur Gabel einzustellen. **Herm. Frank** (Berlin).

---

29) **Schiff.** Über die Entstehung und Behandlung des Plattfußes im jugendlichen Alter.

(Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens Hft. 25.)

Ausführliche Darstellung der für den Militärarzt besonders wichtigen Frage des Plattfußes mit genauer Berücksichtigung der neuesten Literatur.

Drehmann (Breslau).

---

30) **J. Antonelli** (Pavia). Zur Therapie des Plattfußes.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4.)

Verf. unterscheidet am Fuß ein longitudinales und ein transversales Gewölbe. Das so zusammengesetzte Plantargewölbe wird hauptsächlich erhalten durch die Tätigkeit der Muskulatur, deren Schwächung die erste Ursache der Bildung des statischen Plattfußes ist. Die longitudinale Spannung wird erhalten durch die Aponeurosis plantaris als Bogensehne, ferner durch die kurze Muskulatur der Fußsohle (Flexor digitorum brevis, Abductor hallucis, Flexor digiti V brevis, Quadratus plantae, Lumbricales und Interossei). Die Erhaltung des Querbogens kommt hingegen fast ausschließlich der nach dem Fuße ziehenden langen Muskulatur zu (Peroneus longus und Tibialis posticus unter Mitwirkung des Flexor digit. longus und Flexor hallucis longus).

Beim statischen Plattfuß entsteht somit die Aufgabe 1) die longitudinale (innere) Fußwölbung zu kräftigen, 2) ebenso die transversale, 3) die supinatorische Muskeltätigkeit zu erhöhen, 4) die pronatorische zu vermindern. Es muß außerdem berücksichtigt werden, daß Atrophie und Degeneration vornehmlich den Tibialis ant. und den Tibialis post. betreffen, während umgekehrt der Extensor hallucis longus sich in der Regel hypertrophisch zeigt.

Die Therapie des Verf.s besteht in der gleichzeitigen Anwendung folgender geistreich ausgedachter Verfahren:

a) Übertragung der Sehne des event. durch den Tibialis ant. gestärkten Extensor hallucis longus unter die Plantarwölbung und deren Fixierung daselbst durch passende Technik (Lange);

b) Verlängerung der Achillessehne behufs Erzielung einer temporären Erschlaffung ihrer Kraft bei gleichzeitig in entgegengesetzter Richtung auf den Calcaneus ausgeübter Zugkraft (Codivilla);

c) Erhöhung der Spannung und Kraft des Tibialis post., und zwar sowohl durch Verkürzung desselben als auch durch Implantation von Sehnen anderer Muskeln, deren Kraft von ihrer normalen Tätigkeit abgelenkt werden soll, auf dessen Sehne;

d) Schwächung oder geradezu Aufhebung der Tätigkeit des Peroneus brevis und Übertragung der Kraft auf den Tibialis post.;

e) teilweise Übertragung der Tätigkeit der vom Extensor digitorum longus herkommenden Sehne der zweiten Zehe auf den Hallux.

Die Operation erfolgt in drei Zeiten, wie genauer beschrieben wird. Der letzte Akt besteht in der Einschlagung eines Nagels quer durch das Fersenbein behufs Anbringung einer Extensionsvorrichtung in der

Richtung des Unterschenkels nach abwärts. Eine zweite, parallel wirkende Extension greift am Mittelfuß an, während eine dritte als Gegenextension vom Tarsus aus in entgegengesetzter Richtung nach aufwärts wirkt. Nach 10—12 Tagen werden die Hautnähte und der Codivilla'sche Nagel entfernt und ein Gipsverband in der korrigierten Stellung angelegt. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

31) **C. Adrian** (Straßburg). Das »Mal perforant«.

(Zentralblatt für die Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie Bd. VII. 1904.)

Verf. beginnt seine überaus sorgfältige, eingehende Besprechung des Mal perforant mit einer Literaturzusammenstellung von 445 Nummern, welche er ausführlich im Laufe seiner Abhandlung berücksichtigt. Nach geschichtlicher Einleitung grenzt er seinen Gegenstand gegenüber den Nachbargebieten ab. Im klinischen Verlaufe lernen wir drei Stadien kennen: Das Stadium der Schwielenbildung, der oberflächlichen Geschwürsbildung und der tiefergehenden Entzündung. Kapitel IV: pathologische Anatomie, und Kapitel V: Ätiologie und Pathogenese machen den größten und wertvollsten Teil der Arbeit aus. Es ist sehr lesenswert, wie im Laufe der Jahre sich verschiedene Anschauungen Bahn gebrochen haben, und doch klingt aus allen Zeilen heraus, daß die verschiedenen Ansichten sich doch vielfach nur auf Einzelbeobachtungen stützen, die von den nachfolgenden Untersuchern umgestoßen und durch Theorien ersetzt werden, die gleichfalls der allgemeinen Gültigkeit entbehren. Ganz besonders gilt dies von der pathologischen Anatomie und Histologie, die keine spezifischen Merkmale hat auffinden können; Verf. bringt getrennt die pathologische Anatomie der zuführenden Gefäße, der versorgenden Nerven, des Geschwürs selbst, der Knochen und Gelenke und endlich der Muskeln. Bakteriologische Untersuchungen fehlen.

Nach der Besprechung von Herediät, Geschlecht, Alter, Beruf und Häufigkeit des Leidens lernen wir vier Theorien über die Pathogenese kennen: die mechanische, die vaskuläre, die nervöse Theorie und die »Théorie mixte«. Während der mechanische Druck schwerlich allein angeschuldigt werden kann, und während die Theorie von der primären Gefäßerkrankung (Arteriosklerose usw.) auch keine allgemeine Bedeutung für sich in Anspruch nehmen darf, spielen die Erkrankungen des Zentralnervensystems und der peripheren Nerven die allergrößte Rolle und finden eine Stütze in histologischen Befunden der in Frage kommenden Nerven (periphere Neuritis). Weiter stehen Lepra und Tabes im Vordergrunde. In vereinzelten Fällen spielen fast sämtliche Rückenmarkserkrankungen ihre Rolle und weiter Verletzungen von Nervenstämmen. Die wichtigen Kapitel über Diabetes und Alkoholismus müssen im Original nachgelesen werden. Mit der »Théorie mixte« soll nur gesagt sein, daß eben das Mal perforant die verschiedensten Ursachen haben kann, und damit kommen die französischen Forscher wohl den tatsächlichen Verhältnissen am nächsten.

Als Anhang zur Besprechung der Ätiologie bringt Verf. die Beziehungen zu anderen Brandformen, zum intermittierenden Hinken und zum schnellenden Finger.

Gegenüber diesen eingehenden Erörterungen bilden die Schlußkapitel über die Diagnose und Differentialdiagnose, über die Prognose und die Therapie nur einen kürzeren Abschnitt; dieser enthält im wesentlichen Bekanntes. Die besten Resultate knüpfen sich an die Methode von Chipault (Dehnung des Nervus tibialis und seiner Äste, des Nervus plantaris internus oder externus, dann Exzision des Geschwürs und Naht).

Es handelt sich somit um eine sehr fleißige Arbeit, die alles Bekannte gut geordnet zusammenfaßt. **Schmieden** (Bonn).

Kleinere Mitteilungen.

32) **v. Hofmann** (Wien). Bakterienbefunde bei chronischer Gonorrhöe.

(Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane Bd. XV. Hft. 11.)

Bei der bakteriologischen Untersuchung von 62 Pat. mit chronischer Gonorrhöe fand H. eine reiche und sehr mannigfaltige Flora; nur bei einem Pat. fanden sich in den Tripperfäden niemals Mikroorganismen. In 4 Fällen waren Gonokokken allein, in 10 Fällen verbunden mit anderen Mikroorganismen vorhanden; in den übrigen Fällen fehlten dieselben. Selten blieben bei wiederholten Untersuchungen dieselben Bakterien nachweisbar. In 38 Fällen wurde eine Kokkenart allein, in 16 Fällen eine Bazillenart allein gefunden, in 14 Fällen waren mehrere Kokkenarten, in 2 Fällen mehrere Bazillenarten nachweisbar; Bazillen und Kokken fanden sich in 27 Fällen. Zwei interessante Fälle werden näher mitgeteilt, in einem derselben konnte der Friedländer'sche, in dem anderen der Kolibazillus als alleinige Ursache des Ausflusses nachgewiesen werden.

Fr. Brunner (Zürich).

33) **G. Berg.** Styptol in der urologischen Praxis.

(Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane Bd. XVI. Hft. 1.)

In mehreren Fällen von Blasenblutungen, sowie in drei Fällen von starken Blutungen nach Urethrotomia interna und in zwei Fällen nach Lithotripsie hat dem Verf. das Styptol als internes Hämostatikum (in Tabletten von 0,05 drei- bis viermal täglich verabfolgt) gute Dienste geleistet, und er fordert deshalb mit seiner Mitteilung zur Nachprüfung des Mittels auf. **Grunert** (Leipzig).

34) **G. Baroni.** Di uno strumento du applicarsi alla siringa a permanenza per fare le lavande vescicali a doppia corrente.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1904. Nr. 142.)

Verf. hat, um Blasenspülungen durch den Dauerkatheter mit fortlaufendem Strom ausführen zu können, folgendes Ansatzrohr konstruiert: Das innere Rohr (*a*) wird so mit dem Katheter durch einen Schlauch verbunden, daß die Spülflüssigkeit in die Blase gelangt, während das gleichfalls mit dem Katheter verbundene Rohr *b* durch *c* als Ablaufrohr dient. **Dreyer** (Köln).

35) **W. G. Spencer.** Severe and fatal haematuria of unknown origin.

(Transact. of the clin. soc. of London 1904. Bd. XVII.)

In einem ersten Falle trat bei einem völlig gesunden, 44 Jahre alten Manne plötzlich Blutharnen auf, das trotz Kochsalzinfusionen innerhalb 14 Tagen zum Tode führte. Die Sektion erwies den Harnapparat als völlig normal.

In einem weiteren Falle zeigten sich bei einem 42 Jahre alten Manne Hämaturien, die sich wiederholten und zuweilen mit Retentio urinae verknüpft waren. 18 Monate nach dem ersten Blutharnen wurde die Blase durch Sectio alta geöffnet. Ein Grund wurde nicht aufgefunden, aber die Blutungen hörten seitdem auf. Ein Jahr später wurde ein kleiner Phosphatstein ohne Blutung mit dem Harn entleert. Später traten leichtere Rückfälle der Blutungen auf.

In beiden Fällen fehlten auch alle anamnestischen Momente, welche eine Erklärung für die Blutungen hätten abgeben können. **Dreyer** (Köln).

36) **P. Wichmann** (Hamburg). Anatomische Untersuchungen über die Ätiologie der Prostatahypertrophie.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXVIII. p. 279.)

W. untersuchte unter Leitung von v. Hansemann 25 Vorsteherdrüsen zur Entscheidung der Frage, inwieweit in hypertrophischen und nicht hypertrophischen Drüsen vorhandene Drüsenerweiterungen für das Zustandekommen der Prostatavergrößerung verantwortlich gemacht werden könnten. Er fand, daß nur in einem Falle den Drüsenerweiterungen eine hauptsächliche Bedeutung für das Zustandekommen der Vergrößerung der Vorsteherdrüse zukommt. Für das Auftreten derartiger Drüsenvergrößerungen konnten entzündliche periglanduläre Infiltrationen nur in wenigen der untersuchten Fälle angeschuldigt werden.

Doering (Göttingen).

37) **R. Lundmark.** Zwei Fälle von Prostatektomie.

(Upsala Läkareförenings Förhandlingar N. F. Bd. IX. p. 553.)

Die Arbeit enthält zuerst eine Übersicht über das fragliche Thema mit besonderer Hervorhebung der in dem letzten Dezennium zutage getretenen Literatur deutscher, französischer und amerikanischer Forscher, gibt dann ausführlich die Krankengeschichten zweier vom Verf. im Lunslazarett zu Karlskrona operierten Fälle (perineale im ersten, suprapubische Operation im zweiten Falle). — Die Ansichten Verf.s über die Operation werden kurz mit seinen eigenen Worten so formuliert: Eine genaue Individualisierung der Fälle und ein genaues Abwägen der Indikationen und Kontraindikationen sind nötige Voraussetzungen, damit die Operation nicht in Mißkredit geraten soll, und mit Moore soll man die Aufmerksamkeit wesentlich darauf richten, daß die Prostatektomierten nicht aus der Scylla der Harnverhaltung vor der Operation wegen Hypertrophie in die Charybdis der Harnverhaltung wegen traumatischer Striktur (in der fast unvermeidlich zu verletzenden Pars membranacea urethrae) geraten. **Hansson** (Cimbrishamn).

38) **S. Rolando** (Genova). Sul raschiamento della vescica.

(Riforma med. Ann. XX. Nr. 39.)

Verf. berichtet über einen Fall von Cystitis dolorosa nach Gonorrhöe, bei welchem er, nach erfolgloser Behandlung mit Instillationen, die Ausschabung der Blase vorgenommen hat. Nachdem er bei der Pat. mittels Hegar'scher Dilatatorien die Harnröhre erweitert hatte, schabte er unter Kontrole des in die Scheide eingeführten Fingers mit dem Volkmann'schen Löffel die Schleimhaut der Gegend des Trigonum und des Blasenhalses, dann auch die der vorderen Blasenwand ab. Reichliche Spülung, Dauerkatheter. Pat. wurde rasch, mit einer Kontinenz von 4—5 Stunden, geheilt.

Angeregt durch diesen Erfolg hat nun R. an etwa zehn Hunden die Wirkung der besagten Operation studiert. Nach Sectio alta schabte er die ganze Blasenschleimhaut ab. Die Tiere überstanden den Eingriff gut. Die mikroskopische Untersuchung der Blasenwandung der in verschiedenen Intervallen nach dem Eingriff getöteten Tiere zeigte eine rasche Epithelisierung der Blasenschleimhaut von den stehengebliebenen Epithelresten der Krypten aus ohne Bindegewebswucherung. Verf. schließt daraus auf die relative Gefahrlosigkeit dieses Eingriffes, der sonach keine tiefere Schädigung der Blasenwandung zu verursachen scheint.

A. Most (Breslau).

39) **R. Plattner.** Blasensteinbildung nach Pfählungsverletzung.

(Prager med. Wochenschrift 1904. Nr. 47.)

Ein 26jähriger Mann erlitt durch Fall auf einen spitzen Zaunpfahl eine Dammwunde mit Harnröhren- oder Blasenverletzung. Die abgebrochene Pfahlspitze extrahierte er sich selbst; wegen Harnverhaltung führte ein Arzt am nächsten Tage einen Katheter ein und entleerte reichlich blutvermengten Urin; die Dammwunde heilte in kurzer Zeit. Andauernde Blasenbeschwerden führten den Verletzten $1/2$ Jahr nach seinem Unfall in die chirurgische Klinik zu Innsbruck. Dort wurde ein walnußgroßer Stein im Blasengrunde durch Sectio alta entfernt. Den Kern des Steines bildete ein Stück grauen Hosenstoffes.

In der Literatur fand Verf. zehn ähnliche Beobachtungen. Er weist deshalb auf die Notwendigkeit hin, bei allen Pfählungsverletzungen der Blase auf zurückgebliebene Fremdkörper zu fahnden. **Gutzeit** (Neidenburg).

40) **H. Fengler.** Die Tumoren der Harnblase.

Inaug.-Diss., Breslau, 1903.

Bericht über 30 Fälle von Blasengeschwülsten, die in der Breslauer Klinik in der Zeit von 1891—1902 operiert worden sind.

Bezüglich der Ätiologie der Geschwülste räumt Verf. der Gonorrhöe und der Steinbildung eine gewisse Bedeutung bei, traumatische Ätiologie ist sehr unsicher. 28 Fälle betrafen Männer, 2 Frauen. Das Alter der Pat. war meist zwischen 30 und 60 Jahren.

Verhältnismäßig häufig war die vordere Blasenwand befallen, in 7 Fällen war die Prostata beteiligt, unentschieden ob primär oder sekundär.

Geschwülste, die als Papillome diagnostiziert waren, erwiesen sich wiederholt späterhin als bösartig. Das Karzinom hatte meist mit derben Infiltrationen die Blasenwand und die benachbarten Organe beteiligt, vorzüglich waren auch die Leistendrüsen ergriffen. Die Diagnose wurde meist mit dem Cystoskop gestellt, in einigen Fällen jedoch gelang die Einführung nicht, oder die Blutung verhinderte jede Orientierung. Die Operation war die Sectio alta in Trendelenburg'scher Lage; in vier Fällen wurde die Blasenwand reseziert. Blasennaht, total oder partiell, Dauerkatheter, Tamponade der Bauchwunde. Mortalität: es starben vier.

Willi Hirt (Breslau).

41) **Bazy.** Calcul de l'uretère.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1148.)

Die kurz von B. mitgeteilte Beobachtung illustriert den Wert der Skiagraphie auch bei Nieren- und Harnleitersteinen. B. diagnostizierte bei einem Pat. einen Nierenstein, während das Röntgenbild einen Schatten an tieferer Stelle zeigte. Die Nephrotomie ergab Niere und Nierenbecken frei von Steinen; hingegen fühlte B. einen solchen im oberen Ende des Harnleiters und vermochte ihn in das Nierenbecken hinauf zu drücken und von da zu extrahieren. **Reichel** (Chemnitz).

42) **Fowler.** The iliacal extraperitoneal operation for stone in the lower ureter in the male.

(Annals of surgery 1904. Dezember.)

Zwei Fälle, in denen durch Harnleitersondierung und das Röntgenbild festgestellt wurde, daß ein Stein im unteren Ende des Harnleiters saß. Die klinischen Symptome hatten mehr auf das Vorhandensein eines Blasensteines hingewiesen. Hiernach scheint es, als ob derartige tiefsitzende Harnleitersteine Blasensteine vortäuschen können. Durch iliakalen Schnitt wurde der Harnleiter freigelegt, oberhalb und unterhalb des Steines ein Faden durch ihn gelegt, welcher nach Einschnitt und Entfernen des Steines angezogen und so zur Naht benutzt wurde. Heilung in beiden Fällen. F. hält die iliakale extraperitoneale Methode für die beste. **Herhold** (Altona).

43) **G. Chavannaz** (Bordeaux). Anurie par cysto-épithéliome des deux ovaires. Ovariotomie au troisième jour de l'anurie. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1097.)

Tuffier heilte durch Hysterektomie einen Fall, in welchem ein in das kleine Becken eingeklemmtes großes Uterusfibrom eine 8tägige Anurie erzeugt hatte. C. erzielte den gleichen Erfolg bei einer 44jährigen Frau, welche seit $1\frac{1}{2}$ Monaten eine Geschwulst im Leibe bemerkte, an einem doppelseitigen cystischen Ovarialkarzinom und seit 3 Tagen an vollständiger Anurie litt, durch doppelseitige Ovariotomie. Die rechte straußeneigroße Geschwulst war fest ins Becken eingepreßt gewesen, die linke orangengroße zeigte eine Stieldrehung um 180° und enthielt außer karzinomatösen Partien eine Dermoidcyste. **Reichel** (Chemnitz).

44) **H. Wildholz** (Bern). Über funktionelle Nierendiagnostik.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1904. Nr. 13.)

Kümmell's Aufforderung zur Nachprüfung der Kryoskopie entsprechend, berichtet W. über seine Erfahrungen an 30 Kranken, bei denen er den Gefrierpunkt des Blutes und — in 23 Fällen — die funktionelle Leistung einer jeden der Nieren und der molekularen Konzentration des von jeder Niere mittels Harnleiterkatheterismus entnommenen Urins bestimmt hat. Er fand Kümmell's Erfahrungen durchaus bestätigt, und zwar auch durch den Verlauf von 8 Nierenexstirpationen. Der Gefrierpunkt des Blutes stand stets zwischen —0,54° und —0,58°, wenn die funktionelle Gesamtleistung der Nieren genügend war, sank aber immer tiefer, sobald eine Insuffizienz der Nierenarbeit eintrat.

In einem seiner Fälle wies die Kryoskopie des getrennt aufgefangenen Urins auf Erkrankung der einen Seite hin, während die sonstigen Symptome an Erkrankung der anderen denken ließen. W. verließ sich auf das kryoskopische Resultat und fand in der Tat bei der Operation eine käsig-kavernöse Niere, während die zurückgelassene Niere durchaus ihre Schuldigkeit tat.

Stolper (Göttingen).

45) **W. Krankenhagen.** Ein Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Nierentuberkulose ohne pathologischen Harnbefund.

Inaug.-Diss., Königsberg, 1904.

Bericht über einen von Dr. Lichtenauer operierten Fall von Nierentuberkulose, in dem die Rinden- und Markschicht der Niere von zahlreichen, bis haselnußgroßen, käsigen Herden, die bis ins Nierenbecken reichten, durchsetzt war.

Die Nierenbecken- und Harnleiterschleimhaut waren infiltriert. Trotzdem war der Urin niemals irgendwie pathologisch verändert gewesen. Diese Tatsache wurde erklärt dadurch, daß das Nierenbecken und der Harnleiter durch käsige Massen vollständig verstopft waren.

Subjektiv bestanden keinerlei Beschwerden.

Nachdem einige Monate vorher ein perinephritischer Abszeß operiert worden war, wurde bei erneuter Operation eines Abszeßrezidives ein völlig isoliertes Stück tuberkulös erkrankten Nierengewebes in der Abszeßhöhle gefunden, dessen Auffinden allein die Diagnose der Nierentuberkulose, auf die sonst kein spezifisches Symptom hingewiesen hatte, ermöglichte. Verf. hebt daher mit Recht die diagnostische Bedeutung des perinephritischen Abszesses bei Nierentuberkulose hervor.

Willi Hirt (Breslau).

46) **N. Federici.** Contributo allo studio della calcolosi renale. Guarigione spontanea.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1904. Nr. 127.)

Verf. berichtet über einen jungen Mann, der mit Schmerzen in der Blinddarmgegend, Stuhlverstopfung, remittierendem Fieber (38° morgens, 40° abends) ohne Schüttelfrost erkrankte. Erst nach 3 oder 4 Tagen stiegen die Schmerzen

mehr in die Höhe und nach hinten nach der Nierengegend zu. Es zeigte sich dort tiefe Fluktuation und es entleerte sich aus dem inzidierten Abszeß zunächst Eiter und später ein Stein. Die Schmerzhaftigkeit an dem MacBurney'schen Punkt ist, wie dieser Fall wieder zeigt, nicht beweisend für das Vorhandensein einer Appendicitis. **Dreyer** (Köln).

47) **W. W. Maksimow.** Über die vollständige Kastration von Männern wegen Karzinom.

Warschau, 1904. (Russisch.)

Die von Chalot so genannte »Emasculation totale« ist in diesem Zentralblatte (1894 p. 427f.) bereits einmal erwähnt, doch scheint sie von deutschen Autoren bisher nicht ausgeführt zu sein. Wenigstens hat M. unter 24 keinen einzigen deutschen Fall. Nach seiner Zusammenstellung ist die Mortalität = 0. Die Kranken waren nach der Operation kontinent. Nur vier hatten Schwierigkeiten beim Urinieren, die aber ebenso gut auf ihr hohes Alter bezogen werden konnten.

Die Operation wird nach Chalot, der übrigens sechs Vorgänger gehabt hat, in vier Akte geteilt: 1) Durch je einen Längsschnitt werden die Samenstränge freigelegt und dann durchtrennt; 2) die beiden ersten Schnitte werden nach unten verlängert zur Umschneidung des Hodensackes. Nach Durchtrennung des Lig. suspensor. wird der Penis an seiner Wurzel durchschnitten, wodurch die äußeren Geschlechtsteile völlig abgetrennt werden: 3) die Corpora cavernosa penis werden herauspräpariert. Die Harnröhre wird nach hinten gespalten und in den hinteren Winkel der Dammwunde eingenäht; 4) Exstirpation der Leistendrüsen. Verweilkatheter.

Nach diesem Verfahren hat M. zweimal operiert, wegen sehr großer Peniskarzinome mit Ausdehnung auf den Hodensack. In beiden Fällen kam es zu einem vollen Erfolge. **V. E. Mertens** (Breslau).

48) **Guinard.** Inclusion de deux masses de paraffine dans les bourses, dans un cas de cryptorchidie double.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 995.)

Auf Wunsch des Pat. brachte G. gelegentlich der Radikaloperation einer Hernie in einem Falle von doppelseitigem Kryptorchismus in jede Hodensackhälfte eine Kugel aus Paraffin von hohem Schmelzpunkt. Ungestörte Einheilung. Der Erfolg befriedigte den Pat. **Reichel** (Chemnitz).

49) **J. F. Gottstein.** Eine neue Abduktionsvorrichtung für Hüftapparate.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4.)

Zwei nach der Fläche gelenkig verbundene Schienen werden durch eine dritte, darüber liegende Schiene in beliebiger Abduktionsstellung fixiert.

J. Riedinger (Würzburg).

50) **E. Beely.** Ein modifizierter Osteoklast-Redresseur.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4.)

Das Manuskript der vorliegenden Mitteilung fand sich unter dem Nachlaß B.'s und wurde von Fopp und Eckstein veröffentlicht. Der Redresseur besteht aus einer Modifikation des von dem Amerikaner Halsted Myer im Jahre 1893 empfohlenen »Doppelhebel-Streckapparates«. Er ist zusammengesetzt aus zwei gelenkig verbundenen Stäben. Dieselben tragen nach Art des »Thomas Wrench« senkrechte Greifarme, und zwar einen in der Mitte und je einen verstellbaren in einiger Entfernung hiervon. Zur Beseitigung der Adduktionsstellung im Tibiotarsalgelenke beim Klumpfuß wird das Instrument so angelegt, daß der gemeinsame Greifarm sich unterhalb des Malleolus externus, die beiden anderen Greifarme unterhalb und oberhalb des Malleolus internus befinden. Durch das Aus-

einanderführen der langen Hebelarme erfolgt die Korrektion. Zur Beseitigung der Adduktionsstellung des Metatarsus in den Tarsalgelenken wird der gemeinsame Greifarm an der Außenseite des Fußes, die beiden anderen Arme an der Innenseite angelegt. Will man das Instrument als »Thomas Wrench« gebrauchen, z. B. bei der Bekämpfung der Plantarflexion im Tibiotarsalgelenke, so muß man beide Hebelarme dicht aneinander legen und so als einfachen Hebel benutzen.

Der Redresseur kann von dem Verfertiger Stille in Stockholm bezogen werden. **J. Riedinger** (Würzburg).

51) **Monprofit** (Angres). Un rétracteur pour les amputations des membres.

(Arch. prov. de chir. 1904. Nr. 7.)

M. empfiehlt ein von ihm konstruiertes Instrument zur Zurückhaltung der Weichteile bei Gliedmaßenamputationen, das hauptsächlich für Chirurgen mit großem Verletzungsmaterial und für Feldchirurgen in Betracht kommen soll.

Es ist eine mit zwei beweglichen Griffen versehene Metallplatte, die, wie das Halsbrett einer Guillotine, in einer bezw. zwei Öffnungen den oder die zu durchsägenden Extremitätenknochen eng umschließt und beim Ziehen proximalwärts die Weichteile zurückdrängt, wie man dies bislang wohl meist mit Gazezügeln tat.

Stolper (Göttingen).

52) **J. Koch.** Beiträge zur Sehnenplastik.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4.)

Die Arbeit zerfällt in einen allgemeinen und in einen speziellen Teil. Der allgemeine Teil betrifft die mikroskopischen Untersuchungen des Verf.s über die pathologische Anatomie des durch Poliomyelitis gelähmten Muskels und ihre Bedeutung für die Sehnenplastik (Referate s. Zentralblatt für Chirurgie 1903, p. 137 und p. 1085).

Der spezielle Teil enthält eine Reihe instruktiver Krankengeschichten, welche die Operationsweise bei Sehnenplastiken in der Klinik Hoffa's illustrieren. Vorausgeschickt wird eine nähere Beschreibung der von Hoffa angegebenen Methode der Verkürzung sämtlicher Extensorensehnen des Fußes. Als außerordentlich zweckmäßig wird die Kombination der Verkürzung der Extensoren nach Hoffa und eine Arthrodese des Talocruralgelenkes bei hochgradigem Schlotterfuß empfohlen. **J. Riedinger** (Würzburg).

53) **Hardouin** (Rennes). Étude sur les kystes séreux congénitaux de l'aisselle.

(Arch. prov. de chir. 1904. Nr. 8.)

Verf. vermochte nur 27 angeborene seröse Cystengeschwülste der Achselhöhle in der Literatur zu finden und bringt drei neue Beobachtungen, die den von Nasse im Archiv für klin. Chirurgie 1889 beschriebenen gleichen. Der erste Fall betrifft einen 15jährigen Mechaniker, der ein Jahr zuvor erst auf die hühnereigroße Geschwulst aufmerksam wurde und sie seitdem bis zu reichlich Faustgröße wachsen sah. Sie saß mit einem Stiele hoch oben in der Achselhöhle an der Gefäßscheide fest. Die Punktion ergab seröse Flüssigkeit. Die Geschwulst erwies sich als vielcystisch mit einer großen Haupthöhle. In der Wand derselben saßen zahlreiche solide fibröse Knötchen.

Der zweite Fall betraf ein 5jähriges Mädchen, der dritte, eine dreiteilige Cyste, einen 4jährigen Knaben. Diese beiden Fälle sind histologisch nicht näher untersucht.

Die Geschwülste, welche bei männlichen wie weiblichen Individuen in annähernd gleicher Zahl beobachtet wurden, entwickelten sich meist (16mal) vor dem 10., nur zwei nach dem 30. Lebensjahre. **Stolper** (Göttingen).

54) **Kohlhase.** Beitrag zur operativen Behandlung der habituellen Schultergelenksluxationen.

Diss., Rostock, 1904.

K. berichtet an der Hand zweier von Müller mit Verkürzung der vorderen Gelenkkapsel operierter Fälle von habitueller Schultergelenksluxation über 36 Fälle aus der Literatur. Bei schweren Schädigungen der Pfanne empfiehlt er die Hildebrand'sche Operation der Pfannenvertiefung. **Drehmann** (Breslau).

55) **Berger.** Résection orthopédique ostéoplastique du coude avec interposition musculaire, pour remédier à une ankylose fibreuse due à une arthrite plastique et compliquée d'une paralysie du nerf cubital.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 998.)

B. erzielte in einem Falle von alter fibröser Ankylose des Ellbogens, der noch dazu durch eine Ulnarislähmung kompliziert war, einen sehr befriedigenden Erfolg durch folgendes Vorgehen: Er resezierte 3 cm vom unteren Ende des Humerus, 2 cm vom oberen der Ulna samt dem Periost, rundete das Humerusende walzenförmig ab, höhlte den Stumpf der Ulna entsprechend der normalen Form des Olecranon aus und interponierte zwischen die Knochenstümpfe einen dem Musc. triceps entnommenen Lappen, den er vorn am Brachialis internus annähte. Der N. ulnaris war vorher aus der Narbenmasse ausgelöst worden. Nach 14 Tagen begann B. mit der Mobilisierung. 3½ Monate nach der Operation hatten passive Streckung und Beugung des Ellbogengelenkes normale Ausdehnung; die aktive Streckung fehlte freilich infolge Insuffizienz des Triceps noch fast ganz. Auch bestand noch eine geringe abnorme Seitenbeweglichkeit. Die Krallenstellung der Hand war verschwunden; die Finger hatten einen großen Teil ihrer Beweglichkeit wiedergewonnen. **Reichel** (Chemnitz).

56) **Blencke.** Ein weiterer Beitrag zur sog. Klumphand.

(Zeitschrift für orthpäd. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4.)

Die Deformität zeigten 4 von 9 Geschwistern. Das 1. von den 9 Kindern der Familie war ein Junge mit angeborenem totalen Radiusdefekt beiderseits, das 2. ein Mädchen mit derselben Deformität. Die folgenden 4 Kinder, 2 Mädchen und 2 Jungen, waren normal. Das 7. Kind war wieder ein Junge mit der nämlichen Deformität, das 8. ein normales Mädchen und das jüngste nochmals ein Junge mit totalem Radiusdefekt beiderseits. **J. Riedinger** (Würzburg).

57) **Hébert.** Un cas de déformations acquises des orteils. Remarques sur leur étiologie.

(Revue d'orthopédie 1904. Nr. 2.)

Eine Beobachtung von hochgradigen Phalangenverbiegungen an Fuß und Hand dient wiederum zur Stütze der Anschauung, daß das mechanische Moment, Stiefeldruck u. dgl., unzureichend ist zur Erklärung der Entstehung. Es handelt sich um konstitutionelle Schädlichkeiten, Rheuma, Intoxikationen, Alkohol usw.

Herm. Frank (Berlin).

58) **Mencière** (Reims). Dix cas d'ankylose de la hanche en position vicieux, avec difformité très accentuée et grave impotence fonctionelle.

(Arch. prov. de chir. 1904. Nr. 6.)

Mit 26 Photographien vor und nach der Behandlung illustriert M. die offenbar sehr guten Heilungsresultate an sehr schlimmen Fällen von Hüftgelenksankylose. Er hat in den meisten Fällen die Osteotomia subtrochanterica obliqua gemacht, besonders bei älteren Individuen, und dann mit großer Geduld die Nachbehandlung mit Mechanotherapie, Elektrizität und Gehübungen durchgeführt. Die Methoden

der Therapie sind nicht neu, aber die Resultate sehr anerkennenswert, weshalb die Originalarbeit die Beachtung der Orthopäden verdient.

Stolper (Göttingen).

59) F. Hue (Rouen). Fracture sous-trochantérienne spontanée du fémur par contraction musculaire chez un adulte; radiographie.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1090.)

Pat., ein kräftiger, gesunder, 44jähriger Mann, war damit beschäftigt, Kohlensäcke von 60 kg Gewicht von einem Wagen abzuladen. Wie stets ergriff er den Sack mit beiden Händen, krümmte sich nach hinten, hob den Sack bis zum Bauch und schleppte ihn, ihn vor sich haltend, auf dem Wagen von vorn nach hinten. Bei einer solchen Bewegung spürte er plötzlich einen intensiven Schmerz in der rechten Hüfte, mußte den Sack fallen lassen und sich anklammern, da er nicht mehr stehen konnte. Der behandelnde Arzt verkannte die Fraktur, immobilisierte das Bein nicht. Nach 3 Monaten begann der Kranke mit Krücken umherzugehen. H. sah den Kranken 4 Monate nach dem Unfalle, stellte eine mit 4 cm Verkürzung geheilte Fraktur des rechten Oberschenkelhalses durch Skiagraphie fest.

Er glaubt, den Bruch lediglich auf Muskelzug zurückführen zu dürfen und sieht in der Beobachtung einen Beleg für die Richtigkeit der Ansicht Lenhardt's und Riedinger's, welche auf Grund von Experimenten annehmen, daß eine Muskelkontraktion bezw. Hintenüberwerfen des Rumpfes durch Spannung des Lig. Bertini einen Rißbruch des Schenkelhalses an der Stelle der Insertion dieses Bandes am Knochen bewirken könne. **Reichel** (Chemnitz).

60) Broca. Ostéomalacie infantile. Genu valgum. Ostéopsathyrosis.

(Revue mens. des malad. de l'enfance Bd. XXII. p. 483.)

Drei Fälle von Genu valgum, die zu spät entstanden waren, um auf gewöhnliche Rachitis zurückgeführt zu werden, und zu früh, um als statische bezeichnet zu werden. Bei der Operation erweckte die Weichheit des Knochens Verdacht. Schnelles Rezidiv ist die Regel. Zwei Kinder gingen unter allgemeiner Osteomalakie zugrunde. Genu valgum bei nicht rachitischen Kindern, das zwischen dem 5.—14. Jahre entsteht, sollte, daher stets den Verdacht auf Osteomalakie erwecken.

Göppert (Kattowitz).

61) Lauper (Interlaken). Über Refractura patellae.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1904. Nr. 10.)

Von 373 Kniescheibenbrüchen, unter denen nur 25 direkte waren, kam es bei 48 zu erneuter Fraktur, und zwar nur bei indirekten Primärbrüchen. Die auffällige Häufigkeit der Refraktur der Kniescheibe hängt offenbar mit der Sonderstellung zusammen, die dieser Knochen als Sesambein ohne Periost als solcher und darum auch in bezug auf die Heilung einnimmt. Nach Verf. sind Refrakturen nach Kniescheibennaht am häufigsten im 6. Monate, nach Massage im 4. Jahr. Es handelt sich bei ersteren offenbar um ein Auseinandergehen der nicht genügend konsolidierten Primärfraktur. Deshalb empfiehlt L. nach der Naht längere Fixation in Streckstellung und vorsichtige Bewegungen. Er rät Tragen eines Apparates bis auf etwa 1 Jahr. Refraktur sei nach Massagebehandlung häufiger als nach Knochennaht. L. stützt sich damit auf einige nicht deutsche Autoren: Bégouin, Anderosius, Powers, Criks, Corner.

Mehr als eine Refraktur ereignete sich ebenfalls: vier Brüche in drei Fällen, drei Brüche in fünf Fällen. **Stolper** (Göttingen).

62) Schlee. Ein weiterer Fall von kongenitalem Fibuladefekt.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4.)

Photogramme und Röntgenbilder nebst kurzer Beschreibung geben ein deutliches klinisches Bild der bei einem 19 Monate alten Knaben beobachteten Deformität des linken Unterschenkels. **J. Riedinger** (Würzburg).

63) **M. Goerlich.** Über die Dauerresultate der Saphenaunterbindung bei der Behandlung der Varicen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 278.)

In der v. Bruns'schen Klinik wurden im Laufe von $11^1/_2$ Jahren 147 Saphenaunterbindungen an 108 Pat. wegen Varicen ausgeführt. Davon wurden 51 Pat. mit 69 Operationen einer persönlichen Nachuntersuchung unterzogen, während von 29 Pat. schriftliche, von 28 gar keine Nachrichten erhalten werden konnten. 12 davon waren inzwischen gestorben. Für die Beurteilung der Endresultate wurde bei den persönlich Nachuntersuchten ein ungewöhnlich strenger Maßstab angelegt, insofern nur solche Fälle als dauernd geheilt betrachtet wurden, bei denen außer dem Verschwinden der Beschwerden und etwaiger Geschwüre auch die Strombahn der Saphena dauernd unterbrochen geblieben war. Diesen Anforderungen genügten nur 19 Fälle = 27,54%, bei allen übrigen bestanden entweder trotz der Unterbrechung der Saphena noch Beschwerden (3mal), oder es hatte sich die Strombahn wiederhergestellt, und zwar entweder durch Erweiterung von Kollateralen (21mal), oder durch Ausbildung eines Venenkonvolutes in der Narbe (24mal), oder durch Regeneration des Saphenastammes selbst (2mal). Trotz dieser objektiv ungünstigen Ergebnisse waren die meisten Pat. mit dem Erfolge der Operation zufrieden. In 79% der Fälle waren die subjektiven Beschwerden entweder ganz geschwunden oder bedeutend gebessert, nur 21% waren auch nach Maßgabe der subjektiven Klagen als Mißerfolge anzusehen. Es geht daraus hervor, daß man sich trotz der objektiv wenig befriedigenden Resultate nicht abhalten lassen soll, die Trendelenburg'sche Operation in allen geeigneten Fällen zu versuchen, bevor man eingreifendere Operationen vornimmt.

M. v. Brunn (Tübingen).

64) **C. Philip.** Über Heftpflasterverbände bei Ulcus cruris. (Aus Dr. Unna's dermatolog. Poliklinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 45.)

Um die Retention von Sekreten unter dem Heftpflaster zu verhindern, verwendet P. (»Philipbinde« bei Beiersdorf & Co. in Hamburg) solche Pflasterstreifen, die in der Mitte von Pflastermasse befreit sind, hier also nur aus durchlässigem Stoffe bestehen, durch den die Sekrete nach außen abfließen können.

Kramer (Glogau).

65) **W. Fürstenheim.** Fußgelenksdistorsion als Todesursache, ein Beitrag zur Unfallehre. (Aus dem städt. Krankenhaus in Hirschberg i. Schl.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 47.)

Bei dem 30jährigen, an alter Lungentuberkulose und chronischer parenchymatöser Nephritis leidenden Pat. war es nach einer Verstauchung des linken Fußgelenkes zu Thrombose der V. tibial. post. sin. unterhalb des Malleol. int., zu trockenem Brand des linken Fußes und von diesem aus zu Vereiterung der Bauch- und Brustlymphdrüsen mit Entzündung des Bauchfelles und Lungeneiterung gekommen. Der Tod wurde als mittelbare Folge des Unfalles angesehen.

Kramer (Glogau).

66) **H. Ebel.** Über traumatische Luxationen im Talocruralgelenke.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXIV. p. 601.)

Aus der Wölfler'schen Klinik beschreibt Verf. insgesamt 15 Fälle der genannten Verletzung, und zwar 4 Fälle von Verrenkung nach vorn, 4 nach hinten, 1 nach innen und 6 nach außen. Eingehende und durch Abbildungen erläuterte anatomische Vorbemerkungen werden vorausgeschickt.

M. v. Brunn (Tübingen).

67) **Bergmann** (Essen). Calcaneusbrüche.

(Festschrift der Huyssens-Stiftung. Essen 1904.)

Verf. liefert einen hübschen Beitrag zu diesen relativ seltenen Verletzungen. Seine im Originale nachzulesenden speziellen Ausführungen zielen darauf ab, daß

die Calcaneusbrüche weniger mit Rücksicht auf ein anatomisch ideales, als vielmehr auf ein funktionell günstiges Endresultat behandelt werden sollen. Er hat gute Erfolge mit Reposition und abnehmbaren Wattekompressionsverbänden mit Schiene gehabt, die schon vom 3. Tage ab eine Nachbehandlung mit passiven Bewegungen und Massage gestatten. **Schmieden** (Bonn).

68) **L. Bérard** et **M. Patel.** Fracture ancienne de l'astragale et de la malléole interne. Pied bot varus consécutif. Dégénérescence secondaire du nerf tibial postérieur. Dégénérescence ascendante. Troubles trophiques graves.

(Revue d'orthopédie 1904. Nr. 2.)

Ein 43jähriger Arbeiter, knochig, aber mit unentwickeltem Hoden und weiblichem Habitus, sonst ohne irgendwelche Belastung, hat vor 15 Jahren irgendeine schwere Quetschung am rechten Fußgelenk erlitten durch ein daraufgefallenes 30 kg schweres Kohlenstück. Nach 10 Tagen wieder arbeitsfähig; 2 Jahre darauf Eiterung, welche an verschiedenen Stellen der Gegend bald ausheilt, bald wieder aufbricht, zu Geschwüren führt, und wozu sich in weiteren 3 Jahren ein Klumpfuß herausbildet. 10 Jahre lang bleibt die Knochenkonfiguration ziemlich gleich. Zurzeit zeigen sich Talus, Calcaneus, Scaphoideum in eine große Knochenmasse verschmolzen. Keine Sensibilitätsstörungen noch sonstige Erscheinungen von seiten des Zentralnervensystems, aber tief eingefressene Geschwüre und Degeneration der dem N. tibialis posticus entsprechenden Muskulatur. Amputation des Unterschenkels, glatte Heilung. Nach $1^1/_2$ Jahren Geschwürsaufbruch am Stumpfe; Neuritis. Retrorektale Injektionen von künstlichem Serum sollen den Beckensympathicus beeinflussen und führen in der Tat eine Besserung der neuritischen Symptome herbei. Der N. tibialis posticus zeigt sich bei der Operation stark verdickt und geschwellt, die Ursache zur Entzündung wird in seiner Verschmelzung in die Knochenmasse zwischen Calcaneus und Talus gefunden. Die Autoren nehmen an, daß die Verletzung zunächst zu einem Bruche des Malleolus und Talus geführt habe und damit zu einem rein traumatischen Klumpfuß, dann kam die Neuritis durch Einklemmung des Nerven in die Knochennarbe hinzu und auf dieser neuritischen Grundlage weitere Deformationen am Talus und Naviculare und die Muskel- und Hautdegenerationen. An die Möglichkeit einer solchen Nervenbeteiligung sollte man bei jedem Talusbruche denken und sich in seinen — event. operativen — Maßnahmen danach richten. **Herm. Frank** (Berlin).

69) **A. Jeney.** Ein Fall von Luxation im Chopart'schen Gelenke.

(Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 42.)

Unter den Verrenkungen im Bereiche der Fußwurzelgelenke gehört diejenige des Chopart'schen Gelenkes zu den größten Seltenheiten. J. bespricht einen solchen Fall, der einen jungen Kavalleriekadetten betraf, der auf Pflaster mit seinem Pferde stürzte, derart, daß sein rechter Fuß unter das Pferd zu liegen kam. Die Richtigkeit der Diagnose konnte durch die Röntgenphotographie bestätigt werden. Die betreffenden Abbildungen sind der Arbeit beigefügt. Der ganze Vorfuß war im Chopart'schen Gelenke nicht nur nach innen (medialwärts), sondern auch nach unten (plantarwärts) verschoben. Es bestand eine Beugestellung fast sämtlicher Zehen, besonders der großen Zehe.

Die Luxation ließ sich in Narkose durch starken Zug am Vorfuß und Ausführung forcierter Supination bei kräftigem direkten Druck auf das Kahnbein mit deutlich hörbarem Ruck einrichten. Gipsverband. Guter Erfolg.

Hübener (Dresden).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 10. Sonnabend, den 11. März. 1905.

1) G. Crile. Blood-pressure in surgery.

Philadelphia and London, **J. B. Lippincott company**, 1903. 413 S.

Verf. verfolgt in dem vorliegenden Werke den Zweck, die verschiedenen und oft einander widersprechenden Verfahren, den sinken- Blutdruck vor, während und nach Operationen zu heben, auf eine gesichertere, experimentelle Basis zu stellen. Er hat daher in sehr zahlreichen Tierversuchen die genauere Art der Einwirkung unserer gebräuchlichsten Mittel, z. B. von Alkohol, Digitalis, Strychnin, Salzinfusion, Adrenalin usw., studiert, ferner die vorhergehende Resektion

oder Kokainisation der Ganglia stellata als Mittel, Chok vorzubeugen und die Wirkungen vermehrten oder verminderten atmosphärischen Druckes auf Blutzirkulation und Absorption, schließlich den Einfluß mechanischen Druckes. Um einen dosierbaren peripheren mechanischen Druck auf die Körperoberfläche oder einzelne Teile derselben ausüben und damit auf den Blutdruck einwirken zu können, hat C. eine Art von Gummianzug mit zwei Lagen (Pneumatic rubber suit) konstruiert, zwischen dessen Lagen Luft in verschiedenster Menge eingepumpt und wieder abgelassen werden kann. Der Apparat hat sich, indem er erlaubte, den Blutdruck auf einer gewissen Höhe zu halten, bereits bei schweren Operationen bewährt und wird in Amerika in verschiedenen Hospitälern, z. B. auch von R. Park in der Universitätsklinik zu Buffalo, praktisch verwendet. C. geht sodann auf die klinischen Beobachtungen über Änderungen im Blutdrucke während Operationen ausführlich ein, sowohl bei allgemeiner als bei örtlicher Narkose; indem er klinische Beobachtungen und experimentelle Ergebnisse vergleicht, kommt er zu folgenden Schlußfolgerungen:

Die Kontrolle des Blutdruckes ist in vielen Fällen gleichbedeutend mit der Kontrolle des Lebens selbst. Der chirurgische Chok ist eine Erschöpfung der vasomotorischen Zentren; der Herzmuskel sowohl als die Herznervenzentren und das Atmungszentrum sind hierbei nur sekundär mitbeteiligt. Kollaps ist die Folge einer Funktionsstörung des Herz- oder vasomotorischen Mechanismus, oder durch Blutung bedingt. Beim Chok sind therapeutische Dosen von Strychnin wirkungslos, physiologische gefährlich oder tödlich. Mittel, welche die vasomotorischen Zentren stimulieren, sind bei Chok nicht angebracht, Herzstimulantien haben nur geringen Wert und können schädlich wirken. Dagegen können Stimulantien bei Kollaps günstig wirken, da die Zentren noch nicht erschöpft sind. Salzwasserinfusionen haben bei Chok nur beschränkten Wert, einen größeren bei Kollaps; das Blut verträgt nur eine mäßige Verdünnung mit Salzwasser; Infusionen bei Chok steigern nur ganz vorübergehend den Blutdruck. Adrenalin wirkt auf das Herz und die Blutgefäße, erhöht den Blutdruck beim normalen Tiere, beim enthaupteten, bei kokainisiertem Rückenmark und bei jedem Grade von Chok; es wird durch die Gewebe und das Blut sehr rasch oxydiert, seine Wirkung ist flüchtig, und es sollte längere Zeit gegeben werden; in übermäßiger Dosis hat es deutliche stimulierende Wirkung auf den Herzhemmungsapparat; sein klinischer Wert ist noch nicht genügend erprobt. Der pneumatische Gummianzug bewirkt einen künstlichen peripheren Widerstand ohne schädliche Nebenwirkungen und gewährt eine Kontrolle des Blutdruckes innerhalb 25—60 mm Hg. Durch Kombination von künstlicher Atmung, rhythmischem Druck auf die Herzgegend und Adrenalininfusion gelang es, Tiere, welche anscheinend seit 15 Minuten tot waren, wieder zu beleben. Durch dasselbe Verfahren, unter Hinzufügung des pneumatischen Anzuges, konnte ein Pat., welcher infolge schwerer Hirnverletzung seit 9 Minuten scheinbar tot war, für die Zeit von 32 Minuten

wiederbelebt werden; während derselben war ein starkes Pulsieren des Herzens vorhanden und der Kranke imstande, den Kopf zu bewegen.

Zahlreiche Kurven und Abbildungen der verwendeten Apparate sind beigegeben. **Mohr** (Bielefeld).

---

2) **S. Horsley.** Surgical shock.

(New York and Philadelphia med. journ. 1904. Dezember 24.)

Das Wesentliche beim Chok ist die Verminderung des Blutdruckes. Dieser ist abhängig neben der Herzkraft und der absoluten Blutmenge von der Weite des Gefäßsystems. Beim Chok ist das Gefäßsystem abnorm weit durch Lähmung des überreizten vasomotorischen Zentrums. Ersetzen wir dessen Wirkung durch direkte Anregung von Gefäßkontraktionen, so kann dieses Zentrum sich erholen. Darum empfiehlt H. als Mittel gegen Chok langsame Infusion von Kochsalzlösung mit Adrenalinzusatz (1:200000); ferner Wärme bezw. vorbeugend Vermeidung der Abkühlung, möglichste Beschränkung der Narkose und besonders, bei eingreifenden Operationen an den proximalen Teilen der Extremitäten, Leitungsunterbrechung der freigelegten großen Nervenstämme durch Kokaininjektion. Dadurch wird den übermächtigen Reizen der Weg zum vasomotorischen Zentrum verlegt.

Lengemann (Bremen).

---

3) **G. Meyer.** Erste ärztliche Hilfe. 2. Auflage.

Berlin, **August Hirschwald,** 1905. 466 S.

Einzelne Kapitel sind in dieser zweiten Auflage des Buches umgearbeitet. Neu hinzugekommen ist ein Abschnitt über »Verrenkungen der Knochen in den Gelenken«, ein Abschnitt über Sturzgeburten und Fürsorge der Neugeborenen und ein Kapitel über Krankenbeförderung.

Es ist zu wünschen, daß sich auch diese zweite Auflage des Buches als trefflicher Berater bei der ersten ärztlichen Hilfe viele neue Freunde unter Ärzten und Studierenden erwerben möge.

Neck (Chemnitz).

---

4) **F. L. Dumont.** Handbuch der allgemeinen und lokalen Anästhesie für Ärzte und Studierende.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1903. 234 S. 116 Fig.

Bei allen Narkoticis handelt es sich um Gifte; die chirurgische Anästhesie ist nichts anderes, als eine partielle Vergiftung, gleichsam das erste Stadium einer allgemeinen. Ebenso wie die am höchsten differenzierten Tiere leichter der Narkose erliegen, werden auch beim Menschen die am höchsten stehenden Organe des Nervensystemes am frühesten paralysiert. Diese Theorie erklärt wohl am besten alle Stadien der Narkose und auch individuelle Verschiedenheiten in ihrem Verlaufe.

Nach Würdigung aller bei jeder Narkose in Betracht kommenden Fragen: Vorbereitung, Lagerung, Maßregeln zur Verhütung von Asphyxien u. a., wobei D. sehr mit Recht betont, daß die Ausbildung

der Studierenden in der Narkose viel zu mangelhaft sei, und Kurse, ja sogar Testate dafür fordert, geht er zu den einzelnen Methoden der Anästhesie über.

Die Wahl des Anästhetikums hängt vom Zustand und der Krankheit des Pat. ab. Keines wird auf Kosten der anderen die Alleinherrschaft ausüben können.

D.'s Ausführungen sind um so wertvoller, als er über die meisten Methoden eigene Erfahrungen gesammelt hat. Bei jedem Anästhetikum gibt er einen kurzen historischen Überblick.

Äther bewirkt meist eine Steigerung des Blutdruckes. Die Juillard'sche Methode ist keine Erstickungsmethode, wie ihr vielfach vorgeworfen wird; sie wird nur häufig falsch ausgeführt. D. bezeichnet sie als die Normalmethode. Statt der einfachen vorangehenden Morphiuminjektion empfiehlt er Morphium-Atropin. — Die Tropfmethode mit gewöhnlicher Esmarch'scher Maske findet keine Erwähnung.

Beim Chloroform empfiehlt D., wenn wirklich schöne und möglichst sichere Narkosen erzielt werden sollen, nur die Anwendung von Apparaten, die eine mit Luft genau dosierte Menge zuführen. Der Krohne-Sesemann'sche ist vielleicht der beste.

Äther findet überall da Anwendung, wo nicht Lungenaffektionen eine Gegenindikation bilden oder wo man nicht mit Thermokauter der Maske zu nahe kommt.

Strafrechtlich verantwortlich ist der Arzt, welcher Herzkranke chloroformiert und in der Narkose verliert oder Kranke mit akuten Lungenaffektionen ätherisiert und in der Narkose verliert.

Die Stickoxydulnarkose wird auch von ihren Konkurrenten, Bromäthyl- und Äthylchloridnarkose nie verdrängt werden können, weil sie weniger gefährlich ist, als alle bisher angewandten Anästhetika. — Für Verwendung des Äthylchlorids als Allgemeinanästhetikum spricht sein angenehmer Geruch, das äußerst schnelle Erwachen, fast gänzliches Fehlen der Exzitation und der Nachwirkungen. — Bromäthyl ist das Mittel par excellence für kurzdauernde Eingriffe. Von Anwendung größerer Mengen ist abzuraten, da neuerdings unzweifelhafte Todesfälle beobachtet sind. — Da Pental verschiedene nachteilige Eigenschaften hat, und genügend andere Anästhetika zur Verfügung stehen, muß man sich dagegen sehr reserviert verhalten. — Die Chloralnarkose hat keine Vorteile und daher keine Aussicht auf größere Verbreitung.

Von den Mischnarkosen kommen hauptsächlich die mit Schleich-schen Gemischen, Stickoxydul-Sauerstoff und Sauerstoff-Chloroform in Betracht. Erstere und ähnliche erleiden auf dem Wege bis zur Einatmung unkontrollierbare Veränderungen. — Von dem Stickoxydul-Sauerstoffgemisch verspricht sich D. gutes, sobald es gelingt, es in handliche Form zu bringen. — Die Sauerstoff-Chloroformnarkose hat den Vorzug guten Einflusses auf Puls und Respiration, Fehlen oder Herabsetzung der Exzitation, geringen Chloroformverbrauches, raschen Erwachens, Ausbleiben unangenehmer Nebenwirkungen. Die Hand-

habung ist durch den Roth-Dräger'schen Apparat erleichtert und genaueste Dosierung ermöglicht. Das Chloroform erleidet dabei keine Zersetzung. — Über Somnoform (Bromäthyl-Chloräthyl-Chlormethyl) kann D. selbst noch kein Urteil fällen, glaubt aber, daß es ein ideales Anästhetikum abgeben muß, wenn sich die Erwartungen Rolland's bestätigen.

Von den kombinierten Narkosen bedeuten die Bromäthyl-Äther- und vielleicht noch besser die Äthylchlorid-Ätherkombination eine große Erleichterung der Äthernarkose; man soll aber mit der Dosis des Einleitungsmittels, speziell mit Äthylchlorid, vorsichtig sein. — Die Stickoxydul-Ätherkombination erzielt schöne Narkosen, erfordert aber gewisse Übung und ist teuer. — Über Skopolamin-Morphium will D. noch kein Urteil fällen.

Von der Bier'schen Medullaranästhesie sagt er, daß sie eine Ausnahmemethode sei, welche die Allgemeinnarkose nie zu verdrängen imstande sein werde; er hofft aber, daß sie durch Verbesserung ihre Existenzberechtigung neben den anderen Methoden finden wird.

Die Entscheidung, ob allgemeine oder Lokalanästhesie anzuwenden ist, ist nur von Fall zu Fall zu geben. Von den Lokalanästheticis sind vorläufig außer den durch Kälte wirkenden immer noch Kokain und Eukain B. die empfehlenswertesten. **Renner** (Breslau).

---

5) **T. Luke.** The production of anaesthesia for brief operations on the naso-pharynx.

(Edinburgh med. journ. 1904. Juli.)

Verf. führt die Operationen im Nasen-Rachenraume stets am hängenden Kopfe aus und wendet zur Anästhesie meistens Äthylchlorid an; nur bei Polypen und Operationen am Nasenseptum könnte Narkose in Frage kommen, namentlich wenn daneben noch adenoide Vegetationen oder Hypertrophie der Tonsillen vorhanden wären.

Jenckel (Göttingen).

---

6) **Hildebrandt.** Die Anwendung des Adrenalins in der chirurgischen Praxis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 1.)

Verf. kann im allgemeinen die guten Erfolge, welche H. Braun mit dem Adrenalin in der kleinen Chirurgie hatte, auf Grund der Erfahrungen in der König'schen Klinik bestätigen. Verwendet wurde das Suprarenin der Höchster Farbwerke. (Maximaldosis $^1/_2$ mg = 15 Tropfen; diese Menge ist, auf Schleimhäute angewendet, unbedenklich, für Injektionen meist zu groß.) Zur Unterbrechung des Kreislaufes in den Kapillaren reicht eine Verdünnung von $^1/_{10000}$ und darunter aus. Zur Anästhesierung der Schleimhäute wurden kurz vor Ausführung des Eingriffes in eine 5%ige Kokain- oder Eukainlösung wenige Tropfen des sterilisierten Adrenalins (1:1000) eingeträufelt. Nach 5 Minuten ist die mit dieser Lösung betupfte Schleimhaut völlig

unempfindlich. Um die Blase zu anästhesieren füllt man dieselbe mit einer 0,1—0,2%igen Kokain-Kochsalzlösung, der man ca. 1 ccm Suprarenin zugesetzt hat. Nach 15 Minuten Anästhesie. Der Schleich-schen Lösung setzt man zweckmäßig 3—10 Tropfen Adrenalin zu, etwa 10 Tropfen auf 50 ccm. Bei der Kombination des Schleich'schen Verfahrens mit der Hackenbruch'schen zirkulären Analgesierung bedient man sich zweckmäßig einer 0,05—0,1%igen Kokain- oder Eukainlösung, der man auf je 50 ccm 5—10 Tropfen Adrenalin zusetzt. Zur Analgesierung der größeren oberflächlich gelegenen Nervenstämme genügt die Injektion einiger Kubikzentimeter einer 0,2%igen Kokain-Adrenalinlösung. Zu Zahnextraktionen gebraucht man ungefähr 2 ccm einer 1—2%igen Kokainlösung mit 2 Tropfen Adrenalin. Zur Analgesierung vom Rückenmark aus nach Bier ist ein Zusatz von Adrenalin vorläufig nicht zu empfehlen. Als Hämostyptikum ist das Adrenalin von König mit Vorliebe bei plastischen Operationen an der Harnröhre verwendet, um die lästigen Bulbusblutungen zu vermeiden.

Langemak (Erfurt).

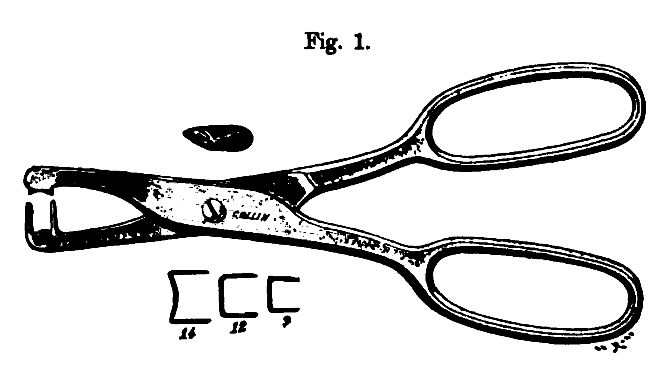
---

7) **Jeannel** (Toulouse). Des ligatures et des sutures métalliques perdues.

(Arch. prov. de chir. 1904. Nr. 7.)

J. bedauert, daß von seiten der Chirurgen der von Michaux auf dem internationalen medizinischen Kongreß 1900 gemachte Vorschlag, metallene Ligaturen und Nähte auch versenkt anzulegen, in der Praxis gar nicht nachgeprüft sei. Er gibt seine persönlichen Erfahrungen darüber und kommt zu einer warmen Empfehlung dieser

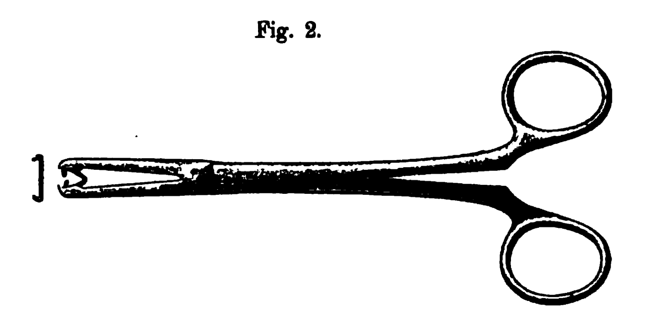
Fig. 1.



Ligatur- bezw. Nahtmethode. Er hat bei 103 Operationen jeweils zahlreiche dieser Michaux'schen Nickeldrahtklammern mittels der zugehörigen Michel'schen Zange angelegt und nur bei 9 Pat. die Ausstoßung einer oder der anderen Drahtklammer beobachtet. Er rühmt denselben nach, daß sie sicherer als Fadenligaturen sterilisiert und, weil kein Knüpfen notwendig, leichter angelegt werden können. Sie erwiesen sich bei allen Arten von Operationen als anwendbar und sie

erfüllten stets ihren Zweck, z. B. auch bei Exstirpatio mammae, bei Amputationen, bei Operation von Hernien oder der Appendicitis, sogar

Fig. 2.



bei Nephrektomie und bei 37 Laparotomien wegen Erkrankung der weiblichen Genitalorgane. Die Klammern wurden stets gut vertragen.

Stolper (Göttingen).

---

8) **J. W. Sandelin.** Über tuberkulöse Lymphome am Halse.

Inaug.-Diss., Helsingfors, 1904. 201 S. (Schwedisch.)

Auf dem sehr reichen Materiale der chirurgischen Klinik der Alexander-Universität zu Helsingfors (Prof. Krogius) fußend — in Summa 460 Fälle —, behandelt Verf. in ausführlichen Kapiteln die Geschichte, Ätiologie und Pathologie, die Symptome, die Differentialdiagnose, Therapie und die Operationsresultate der tuberkulösen Halslymphome, wobei er auch die Skrofulose und die einfach hyperplastischen Lymphome kurz streift. Auf die einzelnen Kapitel näher einzugehen verbietet der Raum, nur die Schlußfolgerungen Verf.s möchten hier zitiert werden:

1) Die früher sogenannten skrofulösen Drüsen dürfen passend entweder tuberkulöse oder einfach hyperplastische genannt werden, je nachdem sie von Tuberkulose hervorgerufen angesehen werden können oder nicht.

2) Das weibliche Geschlecht scheint häufiger als das männliche von Tuberkulose der Halslymphdrüsen befallen zu werden.

Die tuberkulösen Halslymphome treten hauptsächlich während der zwei ersten Lebensdezennien auf.

Am häufigsten findet man sie im Gefolge wiederholter Anfälle von Angina (hypertrophischen Tonsillen), Zahnkaries, chronischen Augen-, Ohren- und Nasenleiden nebst den exanthematischen Fieberkrankheiten, Diphtherie und Keuchhusten.

3) Tuberkulöse Lymphome, besonders eiternde, scheinen in einem Teile der Fälle Amyloiddegeneration hervorrufen zu können.

Die Lymphdrüsentuberkulose kann zuweilen in einer besonders bösartigen Form auftreten, die an und für sich den Tod herbeizuführen vermag. Ihre größte Gefahr aber beruht in der Möglichkeit, daß die tuberkulöse Infektion sich von den Lymphdrüsen entlang den Lymph-

oder Blutwegen auf andere Organe, besonders die Lungen, verbreiten kann. Eine solche Verbreitung ist offenbar nicht allzu selten.

4) Die Differentialdiagnose kann zuweilen recht große Schwierigkeiten bieten, besonders gegenüber den pseudoleukämischen und gummösen Lymphomen.

5) Lymphomkranke mit chronischen hyperplastischen Lymphomen sollen zuerst einer hygienisch-diätetischen und medikamentösen Behandlung unterworfen werden; zeigt sich diese wirkungslos, und vergrößern sich die Drüsen, so soll man bald zu radikaler operativer Behandlung übergehen. Speziell sollen Lymphomkranke mit käsigen oder eiternden Lymphomen baldigst operiert werden, falls eine Operation ausführbar ist, d. h. wenn der Allgemeinzustand eine so eingreifende Behandlung gestattet.

Ist das Allgemeinbefinden geschwächt und liegen Komplikationen mit Lungen- oder anderweitigen Tuberkulosen vor, welche eine unmittelbare Operation kontraindizieren, soll man Pat. zuerst einer allgemeinen roborierenden Behandlung unterwerfen, und zwar, soweit es tunlich ist, in hierfür geeigneten Sanatorien oder Heilstätten, und erst operieren, wenn der Allgemeinzustand sich verbessert hat. Bessert sich der Allgemeinzustand unter einer solchen Behandlung nicht, und liegt multiple Lokalisation der Lymphome vor, so soll man in der Regel eine eingreifende Operation mit Chloroformnarkose unterlassen, neben Fortsetzung der allgemein roborierenden Behandlung höchstens palliative Operationen ausführen, falls die Lymphome Beschwerden machen. Auch nach der Operation sollten die Lymphomkranken eine Zeitlang eine hygienisch-diätetische Nachbehandlung durchmachen, am besten in einem Sanatorium.

6) Operative Behandlung führt wenigstens in der Hälfte aller Fälle zu dauernder Heilung; eine höhere oder geringere Prozentzahl der Geheilten hängt von der Schwere der Fälle ab. — Die mit Erfolg operierten Lymphomkranken scheinen der Lungentuberkulose weniger ausgesetzt zu sein als die mit unoperierten oder rezidivierenden Lymphomen. In einer großen Zahl der Fälle findet sich später Lungentuberkulose.

Kurzgefaßte Krankengeschichten aller 460 Fälle und ein Literaturverzeichnis von 178 Nummern schließt die verdienstvolle Arbeit ab.

Hansson (Cimbrishamn).

---

9) **H. Caubet.** La tuberculose du coccyxe.

(Revue de chir. XXIV. Jahrg. Nr. 8 u. 9.)

Verf., der drei Fälle von Karies des Steißbeines zu sehen und mit Erfolg zu behandeln Gelegenheit hatte, glaubt ihr aus manchem Grunde eine Sonderstellung unter den Knochentuberkulosen zuweisen zu sollen; die Erkrankung wird häufig verkannt, als Fist. ani oder als Beckenkaries aufgefaßt und dementsprechend unrichtig behandelt, zum erheblichen Nachteile für die Pat.; denn bei sachgemäßem Vorgehen bietet die Karies des Steißbeines eine gute Prognose.

Sie ist nicht häufig, tritt jedoch gewöhnlich solitär auf, sich auf das Steißbein beschränkend. Ihre Anfangssymptome sind höchst unsicher zu deuten und werden, wenn Schmerz noch das einzig konstatierbare ist, mit Coccygodynie verwechselt. Nimmt man jedoch sämtliche Momente zu Hilfe, die zur Diagnose in Betracht kommen, wird man sie schon frühzeitig stellen. Hierzu dienen 1) das Geschlecht; Männer sind event. doppelt so häufig von Karies des Steißbeines ergriffen wie Frauen; 2) die Anamnese, da eine Kontusion relativ oft vorausgegangen ist; 3) der lokale Druckschmerz, der entweder von der Crena ani oder vom Mastdarm oder bimanuell erzeugt werden kann. Ziemlich bald entwickelt sich dann Schwellung der Umgebung, sodann Abszeßbildung, welche nach Art der Senkungsabszesse zwischen Mastdarm und Steißbein herabsteigt und, zwischen denselben durchbrechend, Fisteln erzeugt. Diese können nicht mit Analfisteln verwechselt werden, wenn man sorgfältig sondiert, weil das Instrument entschieden nach rückwärts ausweicht, »den Mastdarm flieht«. In einer Tiefe von 6 bis 12 cm wird man auch auf rauhen Knochen stoßen. Ist die Diagnose gestellt, so wird im allgemeinen die Exartikulation des Steißbeines, deren Technik genau beschrieben wird, recht bald Heilung erzielen. Der Schluß der Arbeit dürfte im nächsten Jahrgange zu erwarten sein!

Christel (Metz).

---

10) **Kschischo.** Zur Frage des Bauchdeckenschnittes und seiner Vereinigung.

(Wiener med. Wochenschrift 1904. Nr. 4—8.)

Das im Breslauer Allerheiligenhospital von Asch seit 7 Jahren verwendete Bauchschnittverfahren hat bei 92 nachuntersuchten Frauen die besten Erfolge gezeigt. 80 Fälle sind primär ohne Bruchfolge geheilt, einer zunächst mit einer kleinen Fistel und folgendem Bruche; 11 sind sekundär geheilt, 8 davon oberhalb der Aponeurose und ohne Bruchfolge, 3 mit Eiterung unterhalb derselben, davon 2 mit Bruchfolge, mit sekundärer Naht ohne Bruch 1 Fall. Insgesamt also ist bei 92 Frauen dreimal später ein Bruch aufgetreten, und zwar innerhalb einer Beobachtungszeit, welche bei 37 Frauen 2 Jahre überstieg, davon bei 10 Fällen 5 Jahre. — Die wesentlichen Züge des Verfahrens sind Hautschnitt in der weißen Linie 7—9 cm lang zwischen Nabel und Schamfuge, Fascienschnitt längs dicht neben der weißen Linie innerhalb der geraden Bauchmuskelscheide unter Beiseitedrängung des Muskels, Spaltung des Bauchfelles in genügender Ausdehnung zur vorläufigen Orientierung, dann weiterhin je nach Umständen Erweiterung des Bauchfell- und Fascienschnittes. Die Bauchdeckenwundfläche soll möglichst wenig mit Fingern berührt, sondern durch vorsichtig eingesetzte Specula auseinander gehalten werden; die Gefäße nur abgeklemmt, möglichst nicht unterbunden, die Wunde zuletzt, ev. durch sterile Tupfer, abgerieben werden. Der Schluß der Wunde geschieht durch besondere Bauchfellnaht mit fortlaufenden Fäden von oben und unten her mit Knotung in der Mitte, was das Liegenlassen

der Bauchserviette bis zum Schluß ermöglicht, Fascienaht mit Silkwormgut unter Vermeidung des Muskelfleisches in gleicher Weise ohne zu festes Zuziehen. Abbrennen der Fadenenden hinter dem Knoten mittels Paquelin. Intrakutane Hautnaht mit fortlaufendem Faden, dessen Enden über einem Tupfer geknotet werden. Dieser Faden wird nach 10 Tagen entfernt. Bedeckung der Wunde mittels Mull, Watte und einem $^{1}/_{3}$ m breiten durch Sicherheitsnadel zusammengesteckten Flanelltuch.

Herm. Frank (Berlin).

---

11) J. Blake. The treatment of diffuse peritonitis.

(New York and Philadelphia med. journ. 1904. November 19.)

B. bevorzugt ziemlich kleine Inzision, er spült mittels Irrigatorschlauches, der eine zentrale Einfluß- und seitliche Ausflußöffnungen besitzt; die eingelaufene Flüssigkeit wird gleich wieder ausgehebert. Damit erreicht er die Reinigung der Bauchhöhle viermal so rasch, wie mittels der gewöhnlichen Drainröhren. Den negativen Druck beim Aushebern soll man nicht zu groß machen, damit nicht Netz in die Auflußlöcher angesaugt wird. B. drainiert nur oberflächlich mit Zigarettedrains.

B. hat gegen 60—70% in früherer Zeit in den letzten 4 Jahren nur $28^{1}/_{2}$% der Fälle von diffuser Peritonitis verloren (62% bei allgemeiner, 14,3% bei progredienter, noch nicht allgemeiner). Diesen Fortschritt bezieht er neben den Verbesserungen der Technik auf die bessere Einsicht der praktischen Ärzte, die die Kranken jetzt eher zur Operation bringen.

Lengemann (Bremen).

---

12) B. Holmes. Appendicitis and other diseases about the appendix.

New York, **Appleton Co.**, 1904.

Ein Band eines größeren Werkes über Bauchchirurgie. Besonders interessant ist der den größeren Teil des Buches füllende Abschnitt über Appendicitis. Derselbe ist äußerst anregend geschrieben und durch zahlreiche instruktive Beobachtungen illustriert.

Charakteristisch für die moderne Medizin ist gegenüber der Autopsie am Toten der alten Zeit die am Lebenden. Die auf sie gegründete Erkenntnis hat die statistisch nachweisbare kolossale Ausbreitung der Bauchchirurgie in unseren Tagen zur Folge gehabt.

Die ersten Anfänge der operativen Therapie der Appendicitis stützen sich auf die Studien Parker's, die in das Jahr 1867 fallen.

Einen Höhepunkt bedeutet die Mitteilung McBurney's über 24 Frühoperationen mit nur einem Todesfalle aus dem Jahre 1891.

Die vielerlei Bezeichnungen, die man der gleichen Erkrankung hat zuteil werden lassen, wirken verwirrend, besonders im Hinblick auf das Verständnis der Ätiologie.

Entsprechend den eigentümlichen anatomischen Verhältnissen des Wurmfortsatzes beginnt die Erkrankung fast immer mit der Bildung und den Erscheinungen einer Retentionscyste.

Tritt chirurgische Hilfe nicht ein, so kommt es zu den bekannten Sekundärerscheinungen, fernliegenden Abszessen u. a.; im besten Falle tritt, meist vorübergehende, Heilung mit Stenosenbildung ein.

Das unendlich mannigfaltige Bild, unter dem die Appendicitis verlaufen kann, gibt Anlaß zu häufigen Fehldiagnosen, bis die plötzlich hereinbrechende Katastrophe die Situation klärt. Besonders die chronischen Formen der Appendicitis werden gern mit den verschiedensten Erkrankungen der Gallenblase, der Nieren, der Lungen und des Magen-Darmkanales verwechselt; eine besonders beliebte Diagnose ist die der »Dyspepsia nervosa« (Mynter).

Was die Symptome der Erkrankung anlangt, so sind hier gerade die subjektiven Erscheinungen von erheblicher Bedeutung. Als wichtigstes Symptom ist der akut auftretende Schmerz zu bezeichnen. Dabei ist es von Wichtigkeit zu wissen, daß derselbe sehr häufig nicht nach der Ileo-Coecalgegend, sondern nach dem Epigastrium verlegt wird. Von übler Vorbedeutung ist das plötzliche Aufhören der Schmerzen während des weiteren Krankheitsverlaufes; es bedeutet vielfach den Beginn der allgemeinen Peritonitis. Der Typus des Schmerzes ist ein außerordentlich verschiedener, wie der Verf. an einer Reihe von Beispielen zeigt. Ein weiteres, ebenfalls sehr wichtiges Symptom ist das Auftreten von Übelkeit und Erbrechen; bei Kindern häufig überhaupt das erste Anzeichen der Erkrankung.

Eine akute Verschlimmerung der Krankheit wird am besten an der Zunahme der Pulsfrequenz und in zweiter Linie an dem Verhalten der Leukocytose erkannt.

Die Prognose der Appendicitis ist unabhängig von Symptomen und Befund. Die Gefahr der chronischen Appendicitis besteht in der stets vorhandenen Möglichkeit des Akutwerdens. Ein Fünftel aller mit chronischer Appendicitis Behafteten geht zugrunde.

Die Unsicherheit in der Prognosenstellung und die Beobachtung vieler, wider Erwarten unglücklich verlaufener Fälle haben den Verf. veranlaßt, einen vollkommen radikalen Standpunkt in der Frage der Therapie einzunehmen. »Die Behandlung der Appendicitis besteht in der Operation.«

Bei diesem Standpunkte muß dann aber auch die Operationstechnik eine vollkommene sein: kleinster Schnitt, möglichste Vermeidung der Berührung der unbeteiligten Darmabschnitte, schnellstes Arbeiten; dann — was wohl das Bemerkenswerteste ist — eine nur wenige Tage bestehende Bettruhe und Verlassen des Krankenhauses am Ende der ersten Woche! Bei den letzten 29 Fällen des Verf.s erstreckte sich die Bettruhe auf 1—7 Tage, und 20 von den 29 Pat. blieben weniger als eine Woche im Krankenhause.

Man kann drei Stadien unterscheiden, in denen die Pat. zur Operation kommen: die anfallsfreie Zeit, die Krankheit im Beginn und das Stadium, wo »the pouting abdomen cries for the knife«! In keinem Stadium der Erkrankung ist die Ausführung der Operation kontraindiziert.

Den Beschluß des Abschnittes bildet eine kurze Zusammenfassung des Vorangegangenen.

Ihm folgen ein etwas weitschweifiges Kapitel über Peritonitis und eine kürzere Besprechung des perforierenden Typhusgeschwüres und des Darmkarzinomes. **Engelmann** (Dortmund).

---

13) **G. Baradulin.** Komplikationen von seiten der Harnblase bei Appendicitis.

(Monatsberichte für Urologie 1904. Hft. 12.)

Befindet sich der erkrankte Wurmfortsatz in der Nähe der Blase, so kommt es zu einer Pericystitis.

Allmählich wird die ganze Blasenwand ergriffen, es bilden sich Hämorrhagien der Blasenschleimhaut. Nähert sich der Abszeß dem Durchbruche, so können Geschwüre und geschwürige polypöse Wucherungen der Blasenschleimhaut entstehen. Nach dem Durchbruche bilden sich Fisteln meist auf der Hinterseite der Blase. Eiter-, event. auch Kotabgang mit dem Harn, event. auch Steinbildung sind die Folge. Die Fisteln können sich spontan schließen.

Die durch die Affektion der Blase entstehenden subjektiven Symptome sind bei Pericystitis vermehrter schmerzhafter Harndrang ohne Veränderung des Harns. Der Durchbruch des Eiters in die Blase kann jedoch auch ohne vorherige subjektive Symptome erfolgen. Der Durchbruch selbst dokumentiert sich meist durch plötzlichen sehr heftigen Harndrang mit folgendem Eiterabgang.

Mitteilung von drei einschlägigen Fällen der Moskauer chirurgischen Klinik des Herrn Bobrow. **Willi Hirt** (Breslau).

---

14) **Stremmel.** When to operate for appendicitis.

(New York and Philadelphia med. journ. 1904. Oktober 15.)

S. hat an 1000 amerikanische Chirurgen die Anfrage gerichtet, wie viel unkomplizierte Perityphlitisfälle sie im Intervall operiert hätten und wie viele sie dabei verloren hätten. Er erhielt 579 Antworten: 119 Todesfälle auf 60476 Fälle, also weniger als $^1/_5$%. Er schließt mit einer Empfehlung der Intervalloperation bezw. der Frühoperation, die meist ganz ähnliche Verhältnisse bietet, indem er der obigen Statistik eine Mortalität von 14—20% bei Spätfällen gegenüberstellt.

Lengemann (Bremen).

---

15) **V. W. Low.** Richter's hernia.

(Lancet 1905. Januar 28.)

Verf. teilt vier Fälle von Darmwandbrüchen (Richter'schen Hernien) aus eigener Beobachtung mit und schließt daran einige beachtenswerte Bemerkungen über diese relativ nicht seltene Form der inkarzerierten Hernie. Die in die Abschnürung hineingezogene Darmportion kann $^1/_4$—$^3/_4$ des Umfanges umfassen; nicht selten wird dann hinterher der ganze Darm durch den Knick abgeschlossen. Nach der Statistik

von Treves über 53 Fälle wird fast ausnahmslos der Dünndarm, und zwar das Ileum befallen und der Teil, der dem Mesenterialansatz gegenüberliegt. Meist werden Erwachsene, und zwar Frauen, betroffen, und es handelt sich um Schenkelbrüche, merkwürdigerweise meist rechtsseitige. Auch Verf.s vier Fälle waren rechtsseitige Schenkelbrüche bei Frauen. Die Symptome des Richter'schen Bruches sind anfangs milde, wie der des gewöhnlichen eingeklemmten Bruches. Es besteht häufig kein absoluter Darmverschluß, dagegen oft noch Reaktion auf Abführmittel. Das Vorspringen des Bruches ist undeutlich und wird nicht selten übersehen, Gangrän der abgeschnürten Partie ist dann die Folge (so bei 27 von den 53 Fällen Treves'). Eine Spontanheilung ist möglich mit Kotfistel, die sich sogar hier und da von selbst schließt. Die Sterblichkeit ist sehr hoch; es starben auch zwei Fälle von denjenigen Verf.s. Eitrige Peritonitis ist die häufigste Todesursache. Verf. hält als Operation die Anlegung einer Kotfistel und Peritonealdrainage für besser, als primäre Resektion des Darmes. Hierin besteht ein wesentlicher Unterschied von der Operation des gewöhnlichen eingeklemmten Bruches. — Enge verwandt mit der Richter'schen Hernie ist die Littre'sche, wobei bekanntlich das Meckel'sche Divertikel in den Bruchsack eingeschnürt ist. Diese Form des eingeklemmten Bruches ist aber nach Treves enorm selten.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

---

16) **M. P. Nau.** Les hernies diaphragmatiques congénitales.

(Revue mens. des malad. de l'enfance Bd. XXII. p. 168.)

Verf. teilt die angeborenen Zwerchfellbrüche nach der Zeit ihrer Entstehung ein in embryonale und fötale. Die embryonalen Brüche entstehen im Laufe der ersten 8 Wochen. Hier besteht zu beiden Seiten ein nach hinten und lateral gelegener Defekt in dem Abschlusse zwischen Brustfellraum und Bauchhöhle. Diese Hernien haben daher keinerlei Sack und liegen stets mehr nach hinten. Es gibt drei Untergruppen: 1) Hernia embr. completa, bei der das Loch nur nach vorn und median vom Zwerchfell umgrenzt ist, 2) Hernie en boutonnière, bei der nur eine kleine Lücke bestehen geblieben ist, 3) Hernia complexa, bei der sogar der Zwerchfellpfeiler (stets der linke) nicht ausgebildet ist. Die Hernia foetalis zeigt stets einen Bruchsack. Derselbe besteht bloß aus serösen Häuten, wenn der Bruch vor Entwicklung der muskulösen Teile des Zwerchfelles entstanden ist (hernie par défaut). Er enthält sämtliche Elemente desselben, wenn er später entstanden ist (hernie par faiblesse). Schließlich gibt der Durchtritt der Speiseröhre eine natürliche Pforte für die Ausbildung einer Hernie. Die beiden ersteren Formen der fötalen Hernie können an jeder Stelle des Zwerchfelles auftreten.

Goeppert (Kattowitz).

---

17) **J. Blake.** The surgical treatment of gastric ulcer.

(Amer. journ. of the med. sciences 1904. Dezember.)

Die chirurgische Behandlung des Magengeschwüres ist angezeigt bei Perforation, Narbenkontraktion und hierdurch bedingtem Pylorusverschluß oder Sanduhrmagen, bei Magenblutung und beim chronischen Magengeschwür an sich. Ist die Perforation nicht älter als 24 Stunden, so pflegt Verf. nach Exzision des Geschwüres ohne die Drainage der Bauchhöhle auszukommen.

Eine einzige, wenn auch starke Magenblutung berechtigt nach Verf.s Ansicht nur dann zur Operation, wenn vorher Geschwürssymptome bestanden haben. Sind diese Symptome nachweisbar, so soll man den Kranken operieren. Unter allen Umständen muß verhütet werden, daß die Kranken durch fortgesetzte Blutverluste zu schwach für eine Operation werden. Die Operation der Wahl ist die Exzision des blutenden Geschwüres mit nachfolgender Gastroenterostomie.

Bei chronischem Geschwür empfiehlt B. die hintere Gastroenterostomie mit der ersten Jejunumschlinge. **Läwen** (Leipzig).

---

18) **A. Ricard et E. Chevrier.** De la gastro-entérostomie. Note sur un point particulier de sa technique.

(Gaz. des hôpitaux 1905. Nr. 9.)

Es handelt sich um die Gastroenterostomia posterior.

Nachdem das Netz und Kolon nach oben geschlagen, wird durch den Schlitz im Mesokolon der Magen soweit vorgezogen, daß möglichst beide Kurvaturen zu sehen sind. Nun wird das Jejunum zunächst der Plica duodenojejunalis aufgesucht und möglichst kurz, aber unter Vermeidung von Spannung, an den Magen angeheftet, und zwar vertikal von einer Kurvatur bis zur anderen. Nachdem das geschehen, wird die Gastroenterostomie, wie üblich, in der Nähe der großen Kurvatur angelegt. Zum Schluß folgt noch eine fortlaufende Naht von Kurvatur zu Kurvatur.

Es ist nicht unbedingt nötig, daß der Darm in gerader Linie angenäht wird; denn das Wesen des Verfahrens liegt darin, daß ein größeres Stück des zuführenden Darmes so an die Magenwand geheftet wird, daß Knickung, Spornbildung usw. nicht möglich sind.

Eine Stauung im Duodenum halten Verff. auf Grund der anatomischen Verhältnisse (die Plica duodenojejunalis liegt höher oder ebenso hoch wie die kleine Kurvatur) für ausgeschlossen, sie ist ihnen bisher noch kein Mal begegnet. **V. E. Mertens** (Breslau).

---

19) **S. Ganet.** Hämorrhoids.

(New York and Philadelphia med. journ. 1905. Januar 7.)

G. empfiehlt ambulante operative Behandlung der Hämorrhoiden auf Grund reicher eigener Erfahrung (er ist Professor der Mastdarm-

krankheiten). Er verwirft die zirkuläre Exzision des unteren Schleimhautabschnittes, beschränkt vielmehr die Operation auf die Exzision der Knoten, zwischen denen gesunde Hautteile bestehen bleiben sollen. Er verwendet Lokalanästhesie: Kokain und Eukain werden wegen Vergiftungsgefahr, Blutungen und Nachschmerz verworfen, Einspritzungen von sterilem Wasser — bis die Gewebe ein glasiges Aussehen annehmen — warm empfohlen. Bei 250 Kranken gab seine Methode vorzügliche Resultate.

Lengemann (Bremen).

---

20) B. Biefinger. Über plastische Operationen bei Schlußunfähigkeit des Musculus sphincter ani. Nebst Mitteilung eines nach neuer Methode geheilten Falles.

Inaug.-Diss., Kiel, 1903.

Die neue Methode, die bei einer 48jährigen, wegen Mastdarmvorfall schon öfters operierten und an Inkontinenz leidenden Dame angewendet wurde, bestand darin, daß Helferich von einem halbmondförmigen Schnitt an der hinteren Seite des Afters aus den Sphincter ani freilegte und in der hinteren Medianlinie durchtrennte. Dann wurde das eine von diesen so entstandenen Muskelstücken an der Schleimhautseite, das andere an der Hautseite etwas freipräpariert, so daß sie übereinandergeschlagen werden konnten. In dieser Lage wurden sie durch Nähte befestigt. Das umgebende Gewebe und die Haut wurden in der Medianlinie durch Nähte geschlossen. Durch diese Operation wurde der Umfang des Sphinkter um etwa ein Viertel verkleinert, die Muskelsubstanz geschont, und schließlich wurde eine stärkere Unterstützung für den untersten horizontalen Mastdarmteil geschaffen, also den Teil der Darmwand, auf dem auch in gewöhnlichen Verhältnissen beim Stehen die Kotsäule ruht. In einem zweiten Falle von Inkontinenz infolge Mastdarmfisteloperation, einen 42jährigen Arbeiter betreffend, bei dem bei der gleichen Operation zu einer Plastik ausreichende Reste des Sphinkter nicht mehr gefunden wurden, wurde lediglich durch Vernähung in der Längsrichtung eine Besserung in dem Zustand erreicht, insofern jetzt der Kranke mit einer von der Steißbeinspitze her die Afteröffnung verschließenden Gummipelotte festen Stuhl halten konnte.

Schon durch die Möglichkeit, von hinten her eine festere Unterstützung zu schaffen auch ohne Beteiligung der Muskulatur, übertrifft diese neue Helferich'sche Methode die von Kehrer, die ja auch durch Verdoppelung der Muskulatur in der hinteren Medianlinie eine bessere Funktion erstrebte.

In Fall I wurde vor und nach der Operation noch Massage nach Thure-Brandt angewendet. Der Erfolg war ein vollkommener.

E. Moser (Zittau).

---

21) **Kuhn.** Die Desinfektion der Gallenwege.

(Zeitschrift für klin. Medizin Bd. LIII.)

Von dem Gesichtspunkt ausgehend, daß die Desinfektion der Gallenwege gelegentlich ein sehr anzustrebendes Problem bei Gallenleiden sei, hat K. experimentell die beiden Fragen zu klären gesucht: 1) Welche Stoffe und Arzneimittel gehen in die Galle über, 2) in welchem Verhältnis stehen die Arzneikörper zu einander bezüglich des Wertes ihrer Desinfektionskraft hinsichtlich der Zersetzung der Galle. Die erste Frage, welche zum guten Teil durch Arbeiten anderer Autoren bereits beantwortet war, wird durch eigene Untersuchungen des Autors ergänzend dahin beantwortet, daß auch Saccharin, Ichthyol, sowie die Körper der Formaldehydgruppe in die Galle übergehen. Auf Grund der zur Beantwortung der zweiten Frage angestellten Versuche wird eine »Skala der Desinfektionsmittel der Gallenwege« aufgestellt. Von allen in die Galle übergehenden Desinfizientien kommen aber für die Praxis nur die Salizylsäure und ihre Salze in Betracht, weil nur sie in beträchtlicher Menge in die Galle übergehen und schon in einem Konzentrationsgrade von 0,1% die Fäulnisvorgänge in der Galle sehr erheblich beeinflussen und bei 0,8% sie vollständig vernichten.

Dettmer (Bromberg).

---

22) **Hallet.** Les perforations spontanées de la vésicule biliaire calculeuse dans la cavité péritonéale libre.

(Revue de gynécologie 1904. p. 830.)

H. hat in zwei Fällen von Perforation der Steine enthaltenden Gallenblase in die freie Bauchhöhle operiert und insgesamt 15 operierte Fälle aus der Literatur mit 11 Heilungen zusammengestellt. Die häufigste Stelle der Perforation ist die untere Fläche der Gallenblase; es ist immer nur eine Perforation vorhanden. Der Zustand der Blase ist sehr verschieden, ihre Wandung kann verdünnt oder verdickt, mürbe, atrophisch oder sklerosiert sein. Die Folge der Perforation ist eine Peritonitis, welche sich zunächst nahe der Gallenblase lokalisieren kann, gewöhnlich aber sehr schnell allgemein wird. Die Vorbedingung für die Perforation ist eine umschriebene Schwächung der Wand durch einen brandigen oder geschwürigen Prozeß infolge Reizung oder Druck von Gallensteinen; diese Veränderungen genügen, um einen Durchbruch hervorzurufen; häufig kommt vermehrter intravesikaler Druck, z. B. durch Steinverschluß, oder Druck von außen auf die Blase, z. B. durch die Bauchpresse hinzu. Die Diagnose wird sehr schwierig, wenn keinerlei Symptome von seiten der Gallenblase vorausgingen, oder die Perforation plötzlich bei vollem Wohlbefinden eintritt; auch kann es vorkommen, daß der Durchbruch nicht — wie gewöhnlich — durch einen heftigen Schmerz im rechten Hypochondrium sich anzeigt, sondern unbemerkt sich vollzieht, und die ersten Symptome die der Peritonitis sind. Verwechslungen mit Darmperforation, Appendicitis, Ileus sind häufig. Die Prognose ist sehr verschieden, je

nach der Zahl und der Virulenz der in der Galle enthaltenen Keime; dementsprechend ist auch die Reaktion des Peritoneums sehr verschieden. Therapeutisch kommt nur die sofortige Laparotomie in Betracht; gewöhnlich wurde die einfache Cystostomie zur Drainage der infizierten Blase gemacht, bei sehr ausgedehnten Rissen oder zu großem Substanzverlust die Cystektomie.

Mohr (Bielefeld).

---

23) **Enderlen** und **Zumstein.** Ein Beitrag zur Hepato-Cholangio-Enterostomie und zur Anatomie der Gallengänge.

(Mitteilungen aus d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1 u. 2.)

Betreffs seiner Hepato-Cholangio-Enterostomie ist Kehr für zwei Dinge den Beweis schuldig geblieben: erstens für den vollkommenen Verschluß des Choledochus, zweitens für die dauernde Funktion der Anastomose. E. und Z. unterwarfen nun die Aussichten und Möglichkeit dieser Operationen einer experimentellen Prüfung und legten bei Katzen und Hunden die genannte Anastomose an. Verff. kamen zu dem Resultat, daß höchstens kleine Gallengänge mit der Darmlichtung in Verbindung treten können, welche nicht imstande sind, genug Galle aus der Leber abzuführen, um das Bestehenbleiben eines schweren Ikterus zu verhindern. Die Verbindung zwischen Darm und Leber wird schließlich durch eine Narbe dargestellt. Da es sich nun bei analogen Operationen an kranken Menschen stets um ein abnorm dilatiertes Gallengangssystem in der Leber handeln wird, so wäre es zur Analogie notwendig, an Tieren zu operieren, denen vorher künstlich eine gleiche Dilatation der Gallengänge in der Leber erzeugt worden ist; allein dies ist bisher noch nicht ausgeführt worden.

Menschliche Lebern wurden ferner von den Verff. vom Ductus hepaticus aus injiziert; dabei fand sich, daß größere Gallengänge erst in ziemlich beträchtlicher Entfernung vom Leberrande auftreten.

Haeckel (Stettin).

Kleinere Mitteilungen.

(Aus der chirurgischen Abteilung des Diakonissen-Krankenhauses Bethesda in Breslau.)

Ein Fall von Milzexstirpation wegen Aneurysma der Arteria lienalis.

Von

Dr. V. **Winckler**, Primärarzt.

Die Exstirpation der Milz ist eine nicht allzu häufig ausgeführte chirurgische Maßnahme. Zwar ist die erste derartige Operation von Viard schon 1581 vorgenommen worden, dennoch finden sich aus jener Zeit in der Literatur nur vereinzelte Angaben über Milzexstirpationen, bis im vorigen Jahrhundert, namentlich nach Einführung des antiseptischen resp. aseptischen Operationsverfahrens, die Fälle sich häufen. Die von Vulpius im Jahre 1894 veröffentlichte Statistik berichtet von 117 Exstirpationen der Milz, in welcher sich 49,6% Sterbefälle, mit

50,4% Heilungen befinden. Jordan gibt in seinem jüngst gehaltenen Vortrage 400 an Menschen ausgeführte Milzexstirpationen an und bespricht genauer die Indikationen der Splenektomie, welche »infolge der Erkenntnis, daß die Milz ein leicht ersetzliches und durchaus entbehrliches Organ ist, im Verein mit der verbesserten Technik der Operation, in den letzten 10 Jahren erweitert werden konnten«.

Die durch Leukämie, Stauung und Amyloid veränderte Milz gibt nach allgemeiner Ansicht die schlechteste Prognose, der leukämische Milztumor, dessen Entfernung in allen Fällen tödlich endigte, ist eine absolute Kontraindikation für die Operation.

Die Splenektomie der Malariamilz dagegen hat in letzter Zeit bessere Resultate gezeitigt, so daß dieselbe eine berechtigte Operation geworden ist. Cysten, Echinokokken, Geschwülste, Rupturen der Milz gewährleisten bei weitem die beste Aussicht auf Heilung durch Entfernung des Organs. Diesen Indikationen möchte ich eine neue anreihen, welche sich in der Literatur noch nicht verzeichnet findet; es ist dies das Aneurysma der Art. lienalis.

Selten operierte in dem Anfange der 60er Jahre mit Glück ein solches. Ponfick hat vier Fälle von Aneurysma bei Sektionen gefunden, so daß man wohl aus der geringen Anzahl von Veröffentlichungen ähnlicher Fälle auf die Seltenheit des Leidens an sich schließen kann. Ich selbst habe im Jahre 1903 Gelegenheit gehabt, eine Milz, welche infolge von Aneurysma der Art. lienalis stark vergrößert war, und der Trägerin große Beschwerden machte, zu entfernen.

Nur kurz will ich die Krankengeschichte berühren:

Es handelte sich um die 25jährige Diakonisse Schwester Emilie L. Dieselbe hat angeblich nie schwerere Erkrankungen durchgemacht, litt jedoch immer an hochgradiger Blutarmut. Der Beginn ihrer Beschwerden datiert seit dem Sommer 1897, zu welcher Zeit sich zuweilen heftige Schmerzen im Leib einstellten, welche mitunter von Ohnmachtsanfällen begleitet waren. Ich selbst konnte bereits zu jener Zeit einen großen Tumor im Leibe konstatieren, welchen ich für die Milz ansprach, die vermöge ihrer Vergrößerung disloziert war.

Pat. war nun bis zum Sommer 1903 in ihrem Berufe tätig, obwohl häufig Schmerzanfälle auftraten, die zuweilen mit längeren, sogar 2—3 Tage langen Bewußtseinsstörungen einhergingen.

Als sich Pat. einige Zeit vor ihrer Operation einmal zur Beobachtung im Krankenhause Bethesda aufhielt, trat ein solcher Anfall auf, welcher 26 Stunden anhielt. Pat. war während desselben durch Anrufen nicht zu erwecken, warf sich viel im Bette herum; Puls und Temperatur zeigten keine Veränderungen, Pupillen reagierten auf Lichteinfall.

Da Pat. ihre, zuweilen äußerst heftigen Beschwerden unter allen Umständen los sein wollte, drängte sie selbst sehr zur Operation, zu welcher ich mich nur schwer entschloß; handelte es sich doch um eine schwächliche, herabgekommene Person, deren Hämoglobingehalt des Blutes kaum 60% betrug. Trotzdem nahm ich am 20. Juni 1903 die Operation vor, welche zunächst nur eine Probelaparotomie sein sollte.

Nachdem auf der Höhe der im Leibe deutlich fühlbaren Geschwulst, am Rande des linken M. rectus, das Abdomen in einer Ausdehnung von ca. 10 cm eröffnet war, stellte sich der Tumor in die Bauchwunde sofort ein, welcher als vergrößerte Milz unschwer erkannt wurde. Dieselbe war nirgends verwachsen, konnte allseitig umfaßt werden. Der Hilus derselben jedoch zeigte bald Veränderungen, welche bei genauerer Betrachtung die enorm erweiterten, knollig verdickten, fast taubeneigroßen Arterien erkennen ließen. Wir entschlossen uns unter diesen Umständen, die Milz zu exstirpieren, nachdem sorgfältig mit Seidenligaturen die Gefäße abgebunden waren. Sehr leicht ließ sich das Organ aus der Bauchhöhle alsdann herausheben, da die Aufhängebänder infolge der Dislokation stark ausgezogen erschienen.

Die Bauchhöhle wurde nicht vollständig geschlossen, sondern ein Mikulicz-scher Tampon eingelegt.

4 Stunden nach beendeter Operation trat eine sehr heftige Blutung ein, welche aber durch einen starken Druckverband zum Stillstande gebracht werden konnte. Der weitere Verlauf war ein vollkommen zufriedenstellender. Erst nach 12 Tagen wurde der Tampon gelockert, nach 2 weiteren Tagen entfernt, ohne daß es zu einer Blutung gekommen war.

Am 29. Juli war Pat. genesen. Die Bauchnarbe war fest vereinigt. Pat. befindet sich zurzeit vollkommen wohl, hat nach der Operation 17 Pfund an Körpergewicht zugenommen. Der Hämoglobingehalt betrug im März 1904 75%.

Sie ist vollkommen beschwerdefrei.

Auch die Anfälle mit Bewußtseinsstörungen sind nicht wieder aufgetreten, so daß sie ihrem Berufe vollkommen wieder gewachsen ist.

Das entfernte, 450 g schwere, entblutete Organ wurde dem kgl. pathologischen Institut überwiesen. Herr Geh.-Rat Ponfick schrieb mir darüber folgendes:

»Die von Ihnen exstirpierte Milz hat auch mich in hohem Maß interessiert. Nachdem ich, das Verhalten der im Hilus befindlichen Gefäße prüfend, eine überwiegende Veränderung an der Art. lienalis gefunden habe, möchte ich glauben, daß diese nicht ohne Einfluß auf Volumen wie Beschaffenheit des davon versorgten Organes habe bleiben können.

Abgesehen von einer allgemeinen Schlängelung und diffusen Erweiterung des Hauptstammes, soweit er überhaupt entfernt worden ist, zeigt sich nämlich ein recht umfängliches, während der Operation natürlich ganz kollabiertes Anéurysma.

Eigentlich wäre man berechtigt, von dreien zu sprechen, die sich von gemeinsamer Basis nach verschiedener Richtung erheben. Jeder dieser drei, durch verhältnismäßig enge Öffnungen miteinander kommunizierenden Säcke hat annähernd kugelige Gestalt.

Was nun das Verhalten der Milz selber anbetrifft, so handelt es sich um einen Zustand chronischer Blutüberfüllung, verbunden mit mäßiger Hyperplasie der Pulpa, aber sehr starker Induration des Trabekelsystems.

Diese Veränderungen, welche sonst als Folgeerscheinungen eines chronischen Leberleidens aufzutreten pflegen (Hepatitis interstitialis), sind wohl am natürlichsten auf die oben beschriebene schwere Arterienerkrankung zurückzuführen. Bis zu solchem Grad entwickelt, wie im vorliegenden Falle, muß diese allerdings als ein seltenes Ereignis bezeichnet werden.«

Was die Entstehung des Leidens, insonderheit die Entstehung des Aneurysmas der Milzarterie anlangt, so läßt sich darüber wenig sagen. Ein ätiologisches Moment läßt sich wohl kaum finden. Vielleicht hat irgendeine Kompression der Arterie zur Entstehung des Aneurysmas geführt, vielleicht auch hat eine Abknickung der Arterie bestanden; dann aber müßte angenommen werden, daß eine Dislokation der Milz vor Ausbildung des Aneurysmas bereits vorhanden gewesen ist. Im anderen Falle müßte die Hypertrophie der Milz sekundärer Natur als Folge der veränderten Blutzirkulation angesehen werden. Adhäsive Verwachsungen des Organes bestanden nicht, es war dabei, wie oben bereits angegeben, sehr leicht, das Organ aus der Bauchhöhle herauszuheben, und es gelang verhältnismäßig ebenso leicht, die Gefäße zu unterbinden. Sehr häufig hat gerade dieser Teil der Operation technische Schwierigkeiten gezeitigt, besonders dann, wenn das Lig. gastrolienale sehr kurz war. Küster sah sich daher genötigt, statt der Unterbindung, mit großen Arterienzangen abzuklemmen. Billroth nahm in die zentrale Ligatur ein Stück der Cauda pancreatis mit hinein; Martin schlägt vor, ein knopfförmiges Stück der Milz zurückzulassen, damit ein Abgleiten des Unterbindungsfadens verhindert wird. Als Material habe ich in meinem Falle Seide benutzt.

Was die in der Anamnese erwähnten Anfälle von Bewußtseinsstörungen anbetrifft, so bin ich geneigt, dieselben als rein hysterische aufzufassen, welche ihre Auslösung durch den zeitweise auftretenden bedeutenden Schmerz erfuhren. Wie bereits erwähnt, sind solche Anfälle nach Entfernung des Organes nicht mehr aufgetreten.

Daß die Entfernung der Milz für den Organismus keine Schädigung bedeutet, ist zur Genüge durch die zahlreichen mit Glück ausgeführten Splenektomien dar-

getan. Dahingegen konnten auch in unserem Falle gewisse Erscheinungen beobachtet werden, welche eine Folge der Milzentfernung bildeten. Kurze Zeit nach der Operation wurde eine mäßige Strumabildung beobachtet, welche vor der Operation nicht bestanden hat. Ebenso fanden sich erbsengroße Lymphdrüsen am Halse. Die Blutuntersuchungen dagegen waren negativ. Weder konnte ich eine Vermehrung der weißen noch eine Verminderung der roten Blutkörperchen feststellen.

Diese eben genannten Veränderungen stimmen auch zum Teil mit den Beobachtungen anderer Autoren überein. Credé beobachtete bei einem splenektomierten Pat. 4 Wochen nach der Operation sogar an Myxödem erinnernde Erscheinungen, welche sich in einer eigentümlich lederartigen Beschaffenheit der Haut äußerten. Auch Ceci hat nach der Milzexstirpation Schwellung der Schilddrüse, welche allmählich wieder verschwand, beobachtet. Dagegen behaupten andere Autoren, Veränderungen an der Schilddrüse nach der Splenektomie nicht gesehen zu haben.

Auch in einem anderen Falle von Milzexstirpation bei Ruptur, welchen ich während meiner Assistentenzeit auf der Abteilung des Allerheiligen-Hospitales zu Breslau zu beobachten Gelegenheit hatte, konnte ich deutlich eine Vergrößerung der Schilddrüse und Schwellung verschiedener Lymphdrüsengruppen wahrnehmen. Eine einwandsfreie Deutung dieser Erscheinungen ist bisher noch nicht gelungen.

Wenn ich aus der Beobachtung des soeben mitgeteilten Falles einen Schluß ziehen darf, möchte ich sagen, daß die operative Entfernung einer vergrößerten, Beschwerden verursachenden Milz eine berechtigte und unter Beachtung strengster aseptischer Kautelen ungefährliche, den Organismus nicht schädigende Maßnahme darstellt. Bei vorher unbekannter Ätiologie von Milzvergrößerung kann die Operation unter Umständen Klarheit in das Krankheitsbild bringen.

Eine neue Beckenstütze.

Von

Dr. **Arthur Hofmann,**

Assistenzarzt der chirurg. Universitätsklinik zu Freiburg.

Die Möglichkeit des Abgleitens von der v. Volkmann'schen Beckenstütze, sowie das für das Wartepersonal nicht einfache Einstellen der Sitzknorren auf die Unterstützungsfläche des Bänkchens haben Apparate entstehen lassen, wie sie von Stille und Borchardt angegeben worden sind.

Der prinzipielle Unterschied dieser Stützen beruht darin, daß das Kreuzbein zur Unterstützungsfläche benutzt wird. Ein Abgleiten in der Längsrichtung des Körpers ist dabei nicht gut möglich, und das Auffinden des Kreuzbeines leichter als das der Sitzhöcker.

Als ein Hauptenfordernis einer guten Beckenstütze führt Borchardt an, daß dieselbe mit dem Verband in keinerlei Kollision geraten dürfe; aber gerade diese Bedingung erfüllt weder seine eigene Beckenstütze, noch die von Stille. Beide werden bekanntlich in den Verband mit einbezogen.

Die Vorzüge einer horizontalen Stütze ohne den eben erwähnten Nachteil soll die vorliegende Beckenstütze bieten.

Sie besteht, wie die Figur zeigt, aus einem Stativ, einem horizontalen Lager und einem schräg ansteigenden Dammarme.

Die Stütze gibt also gleichfalls für das Kreuzbein eine Unterstützungsfläche ab, aber keine größere als notwendig ist, d. h. sie entspricht genau der durchschnittlichen Fläche, welche die beiden letzten Kreuzbeinwirbel bilden. Die weiter höher gelegenen Wirbel kommen als Unterstützungsfläche deshalb nicht in Betracht, weil sie bei horizontaler Lage des Körpers sich von dieser Ebene in einem nach unten konvexen Bogen entfernen.

Die Beckenstütze ist nach Gipsabdrücken der Kreuzbein-Dammgegend angefertigt und ist der Variationsbreite des Individuums wie derjenigen beider Geschlechter angepaßt.

Um nun die richtige Einstellung des horizontalen Lagers zu ermöglichen, läuft letzteres in den Dammarm aus, welcher der Strecke von der Steißbeinspitze bis zur Mitte des Perineum entspricht, und der fest gegen letzteres anliegen muß.



Der Dammarm verhindert des weiteren ein Abgleiten des Beckens nach vorn und gibt durch seinen Stand gegenüber der Mittellinie des Körpers einen Indikator für die richtige Lagerung des Beckens ab.

Das Stativ der Stütze besteht aus vernickeltem Eisen, der übrige Teil aus vernickeltem Stahl.

Der Apparat ist leicht zu reinigen und sowohl im Krankenbette wie auf dem Operationstische zu gebrauchen. Ohne gepolstert zu sein, vermag die Stütze für die Dauer des Verbandwechsels ein bequemes Lager zu bieten. Selbst bei Kranken mit wundgelegener Kreuzbeingegend ist sie, überpolstert, gut zu ertragen. Desgleichen muß bei Beckengipsverbänden überpolstert werden. Zu diesem Zwecke wird das Stativ mittels Schrauben an dem Tische befestigt.

Die Beckenstütze wird von der Firma F. L. Fischer in Freiburg i. B. hergestellt.

---

24) **Majewski.** Beitrag zur Heilung mancher septischer Zustände.

(Przegląd lekarski 1905. Nr. 1—4.)

Etwas verspätet wurde dieser auf dem Kongreß polnischer Chirurgen in Krakau im Juli 1902 gehaltene Vortrag veröffentlicht. Verf. studierte auf Anregung von Prof. Kader zuerst den Einfluß von Antistreptokokkenserum bei künstlich infizierten Kaninchen, indem er ihnen präventiv oder nach stattgefundener Infektion Serum injizierte. Nachdem er sich von dem günstigen Einfluß der Injektionen überzeugt hatte, wurde das Antistreptokokkenserum aus den Anstalten Bojwid's in Krakau, Paltauf's in Wien und Marmorek's in Paris in 16 septischen Erkrankungen angewendet (5 Fälle von Otitis media mit Folgezuständen, 4 Fälle von allgemeiner Sepsis, darunter 3 nach Trauma, 1 nach einer Operation, 4 Fälle von eingeklemmten Brüchen, 3 Fälle von Sepsis nach Laparotomien). In 3 Fällen = 18,45% war das Resultat negativ. In 6 Fällen = 37,50% wurde ein wohltuender Einfluß in Form von Besserung der Temperatur, des Pulses und des Allgemeinbefindens konstatiert. In 7 Fällen = 43,75% wurde nicht nur eine Besserung der Krankheitssymptome, sondern auch des Grundleidens beobachtet.

Mit Ausnahme der drei Fälle war nach der Einspritzung ständig ein Herabsetzen des Fiebers um 0,30—1,50° C nach 2 Stunden. Gleichzeitig besserte sich der Puls und das Sensorium. Als Komplikationen wurden oft lokale Schmerzen, Anschwellung der Gelenke und der Knochen, urticariaartiger Ausschlag beobachtet. Eingespritzt wurden sofort 50—100 ccm und im Verlaufe der Krankheit 200 bis 500 ccm.

Verf.s Resultate sind daher aufmunternd, obwohl die Kosten bedeutend sind.

Bogdanik (Krakau).

25) **Hartman and Weirick.** Report of skin grafting, using amputated extremities as a supply of skin.

(New York and Philadelphia med. journ. 1904. Dezember 24.)

H. und W. transplantierten mit Erfolg in mehreren Fällen quadratzollgroße Krause'sche Lappen von amputierten Gliedmaßen anderer Pat.; einmal heilten von 23 solchen Lappen 21 an. **Lengemann** (Bremen).

26) **M. Crlenjak.** Narbige Stenose der Speiseröhre. Tod durch Verstopfung mit einem Kirschkerne.

(Liečnički viestnik 1904. Nr. 8. [Kroatisch.])

Ein 5jähriges Kind hatte eine Speiseröhrenstenose infolge Laugenverätzung, die durch Sondierung behandelt, wobei als größte Dicke der Sonde 6 mm erreicht wurde. Eines Tages konnte das Kind nicht einen Tropfen Flüssigkeit schlucken, die Bougie konnte den Ösophagus nicht passieren. Tod nach 10 Tagen. Bei der Sektion wurde 5 cm oberhalb der Cardia eine Stenose von 6 mm Durchmesser gefunden, in der ein Kirschkern saß. **v. Cačković** (Zagreb-Agram).

27) **J. A. Kartscher.** Erfahrungen über desmoide Geschwülste der Bauchdecken aus den Jahren 1880—1903.

Inaug.-Diss., Breslau, 1904.

Es sind 18 Fälle, 14 beim weiblichen, 4 beim männlichen Geschlechte. Dieses Überwiegen des weiblichen Geschlechtes entspricht den Beobachtungen anderer Autoren, ebenso der Umstand, daß von 4 Fällen reiner Sarkome 3 Männer betrafen, hierbei also das männliche Geschlecht überwog. Die rechte Bauchseite war wieder mehr betroffen (6 : 9); 1mal waren es 2 Geschwülste (Fibrome). Von den 17 Operationen endeten 2 Fälle von Sarkom tödlich, die anderen 15 kamen zur Heilung ohne Rezidive. Dem Trauma räumt Verf. einen Einfluß auf das Entstehen der Geschwülste ein. Einfluß der Schwangerschaft besteht sicher; im Klimakterium hört die Wachstumsneigung dieser Geschwülste nicht auf. Die Schwangerschaft ist keine Kontraindikation zur Operation; im Gegenteil soll dann sofort operiert werden, weil alle diese Geschwülste in der Schwangerschaft wachsen. Es wurden daher in der v. Mikulicz'schen Klinik 2 Fälle so operiert ohne irgendwelche Störung der Heilung oder der Schwangerschaft.

Die Hauptschwierigkeit bei der Operation ist die genaue Naht der Wunde zur Verhütung einer Hernie. In den besprochenen 17 Fällen hatten sich nach der Operation 2mal Hernien ausgebildet, eine 2. und eine 3. Grades nach der Pichler'schen Einteilung. In 2 Fällen ergab die Untersuchung »beginnende« Hernie. — Die Beherrschung der Blutung hat niemals Schwierigkeiten gemacht. Muß die Geschwulst im Gesunden umschnitten werden, so kann sich eine Plastik notwendig machen, in den besprochenen Fällen 1mal. 10mal ist das Peritoneum bei der Operation inzidiert bezw. reseziert worden. Das Bauchfell wurde meist mit der Fascia transversa durch fortlaufende Catgutnaht geschlossen, darüber Knopfnähte durch sämtliche Schichten bis zum Unterhautfettgewebe (Seide oder Silkwormgut); bei starkem Panniculus darüber noch versenkte Catgutnähte, zuletzt fortlaufende Hautnaht. Drainage wurde nur angewendet, wenn die Geschwulst ulzeriert war.

Mit Berücksichtigung der Literatur der letzten Jahre berechnet Verf. 4,2% Operationssterblichkeit und 94,4% durch die Operation erzielte Heilungen. Die erstere Zahl entspricht also genau der von Pfeiffer (d. Bl. Nr. 5 p. 114) ausgerechneten, dessen Arbeit naturgemäß noch nicht berücksichtigt worden war.

E. Moser (Zittau).

28) **A. N. Menschikow.** Zur Kasuistik traumatischer Schädigungen des Darmes.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1904. [Russisch.])

Der 60jährige Geisteskranke, der häufig über Schmerzen im Leibe geklagt hatte, stieß sich in einem Anfalle solcher Schmerzen ein stumpfes Messer in den

Leib. Dann faßte er in die Wunde und riß sie weiter auf, worauf er die vorfallenden Darmschlingen abriß. Ca. 7 Stunden später wurde der Kranke samt einem Gefäß, in dem neun Stücke Dünndarm — zusammen $2^1/_2$ m lang — lagen, ins Hospital gebracht.

Es zeigte sich, daß die einzelnen Stücke, deren Länge zwischen 5—95 cm schwankte, dicht am Mesenterium abgerissen waren und außerdem noch vielfache Risse aufwiesen.

Die Sektion am übernächsten Tage förderte Gallensteine zutage, von denen einer im Choledochus saß. (Dies offenbar die Ursache der Schmerzanfälle.) Sonst kein anatomischer Befund, insbesondere keine Peritonitis.

V. E. Mertens (Breslau).

29) **Elmer.** Passage of a tooth-plate through the alimentary tract.

(New York and Philadelphia med. journ. 1904. November 19.)

Ein künstliches Gebiß — Oberkieferplatte mit drei Vorderzähnen, 2 Zoll lang, fast ebenso breit —, bei einem Sturze verschluckt, blieb $3^1/_2$ Jahre am unteren Ende des Ösophagus stecken; es machte Schmerzen beim Schlucken von fester Nahrung, von Zeit zu Zeit schwerere Schmerzanfälle; der Kranke wollte sich aber nicht operieren lassen. Nach $3^1/_2$ Jahren Befreiung von den Schmerzen an dieser Stelle, aber dreimal im Verlaufe der nächsten Monate heftige Schmerzen im Leibe. Dann, nach 4 Jahren im ganzen, Abgang der unveränderten Platte auf natürlichem Wege.

Lengemann (Bremen).

30) **Morris.** Peritoneal adhesions, prevention of recurrence.

(Buffalo med. journ. 1905. Januar.)

Bei einer jungen Frau traten einige Jahre nach der Operation einer eitrigen Appendicitis andauernde Schmerzen im Leibe mit anfallsweiser Verschlimmerung und peritonealer Reizung auf, welche auf Verwachsungen im Bauchfellraume zu beziehen waren.

Nach Lösung zahlreicher Verwachsungen des Netzes, Uterus und der Darmschlingen wurden, um Wiederverwachsungen zu verhindern, die von Bauchfell entblößten Flächen mit Streifen sog. »Cargile membrane«, d. h. sterilisierten Peritoneums vom Ochsen, bedeckt. Dieses Material wird wie Catgut resorbiert, und in der Zwischenzeit haben sich unter der Membran die entblößten Flächen mit neuem Endothel bedeckt.

Schluß der Bauchwunde ohne Drainage, Heilung p. p.; das spätere Resultat wird nicht angegeben.

Mohr (Bielefeld).

31) **Lejars** et **Ménétrier.** Diverticules de l'appendice et appendicite diverticulaire.

(Revue de chir. Ann. XXIV. Nr. 10.)

Unter ihren resezierten Wurmfortsätzen haben Verff. wiederholt solche mit Divertikelbildung gefunden, von denen einige genauer und mit den Abbildungen mikroskopischer Präparate beschrieben werden. Der eine ist von zahlreichen halbkugeligen Höckerchen bedeckt, die mit kleinen, epithelbedeckten Lichtungen versehen sind; diese kommunizieren mit der Wurmfortsatzhöhlung vermittels kleinster Kanälchen. Die Untersuchung zeigte, daß die Höckerchen keine Muscularis besaßen und nur von Submucosa und Peritoneum überkleidet waren. Zwei andere Wurmfortsätze boten mikroskopisch gleiche Verhältnisse, nur waren die divertikelähnlichen Recessus in geringer Anzahl, ein bis drei, vorhanden.

Wenn beim ersten der Gedanke an kongenitalen Ursprung der Divertikel aufkommen konnte, so zeigte sich bei den anderen um so sicherer die von Letulle und Weinberg bereits 1897 vertretene Ansicht bestätigt, daß hier wandständige Abszeßchen zur Bildung von Recessus und Schwund der Muskulatur geführt haben. Hierin beruht auch die praktische Bedeutung der Divertikelchen: die enge Kommunikation mit der Lichtung des Wurmfortsatzes versetzt sie in den Zustand des

Vase clos; die Entzündung aber wird um so leichter zur Perforation führen, als bereits die Muskulatur verschwunden und so eine relativ widerstandsunfähige Wandung zurückgeblieben ist. **Christel** (Metz).

32) **Tyson.** Wire nail in the appendix.

(Univ. of Pennsylvania med. bull. 1904. Dezember.)

T. erhob folgenden eigenartigen Sektionsbefund am Wurmfortsatz eines 53jährigen Negers, welcher niemals irgendwelche Symptome von Appendicitis dargeboten hatte und an einer Herzerkrankung gestorben war. Wurmfortsatz in feste Verwachsungen eingebettet, verdickt und verhärtet, im Innern, welches keinen Eiter enthielt, ein rostiger Drahtnagel von $3^1/_2$ cm Länge. **Mohr** (Bielefeld).

33) **Taylor.** Case of diaphragmatic hernia.

(Glasgow med. journ. 1904. Dezember.)

Mitteilung eines Falles von angeborenem Zwerchfellbruche bei einem Neugeborenen. Die linke Zwerchfellhälfte fehlte völlig, auch bei histologischer Untersuchung. Im Bruchsacke lag der Magen, der linke Leberlappen, $^2/_3$ des Dünndarmes, Blinddarm und ein Teil des Colon ascendens.

Interessant ist der Fall auch deshalb, weil die Mutter dieses Kindes vorher ein ebenfalls gleich nach der Geburt gestorbenes Kind geboren hatte, bei welchem die Pulsation des Herzens ebenfalls in der rechten Brustseite gefühlt wurde. Leider war dies Kind nicht seziert worden. **W. v. Brunn** (Marburg).

34) **Axhausen.** Beitrag zur Ätiologie der gutartigen Pylorusstenose: Pylorusstenose bedingt durch Leberechinokokkus.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 77.)

Die der Kieler Klinik gehörige Beobachtung betrifft einen 26jährigen Knecht, an den typischen Erscheinungen einer Pylorusstenose leidend, deren Ursache erst bei der Laparotomie gefunden wurde. Eine im linken Leberlappen wurzelnde Cyste von Kleinkindskopfgröße hatte den Pylorus durch Druck abgeklemmt. Beim Angriff auf sie reißt sie ein und erweist sich als Echinokokkus. Extraktion der Blase, Herauspräparieren des Balges, wobei Gallengang und Pfortader entblößt werden. Ein kleiner Balgrest wird vorsichtshalber zurückgelassen und mit Jodoformlösung betupft. Gazedrain, sehr schöne Heilung bei geringem Gallenfluß und alsbaldiger rascher Gewichtszunahme. Einen gleichen Fall hat A. in der Literatur nicht finden können. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

35) **H. Grisson.** Hyperemesis lactentium (Meinhard Schmidt) oder kongenitale Pylorusstenose, durch Operation geheilt.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 107.)

Der G.'sche Fall bringt einen hübschen Beleg für die Wirksamkeit der vom Ref. nach dem Vorgange von Nicoll empfohlenen Pylorusdehnung bei der eigentümlichen, augenblicklich wohl allgemein bekannt gewordenen sog. hypertrophischen Pylorusstenose der Säuglinge. Die Details der ausführlich wiedergegebenen Krankengeschichte mögen im Originale verglichen werden; hier genüge zu bemerken, daß G. bei der Operation den Magen stark ausgedehnt und dickwandig fand, den Pylorus eine eiförmige Geschwulst von der Größe eines Fingergliedes eines Erwachsenen darstellend. Nachdem der Magen gefenstert, war durch die Pyloruslichtung nur eine feine Knopfsonde knapp durchführbar; doch wurde dieselbe mittels Aufsperren einer Spencer Wells'schen Klemme soweit gedehnt, daß ein Finger durchging. Die allerdings nicht ganz glatt verlaufende Rekonvaleszenz führte zu völliger Genesung des vor $2^1/_2$ Jahren operierten Kindes, das sich ganz normal entwickelt hat. In einem während der Korrektur der Arbeit hinzugeschriebenen Nachtrage teilt G. mit, daß er eine 3 Wochen alte Schwester des operierten Kindes, welche auch an Hyperemesis erkrankt war, durch interne Behandlung mit Opium nebst Magnes. nit. der »Heilung nahe gebracht hat«. In einem älteren Fall aus

dem Jahre 1893, der laparotomiert und ohne Erfolg mit Anlegung einer Jejunalfistel behandelt war, wurde der geschwulstartig verdickte Pylorus von Simmonds histologisch untersucht und muskuläre Hypertrophie an ihm festgestellt. Da das Pylorusaussehen in dem gegenwärtig berichteten Falle übrigens ganz das gleiche war, wie bei diesem anatomisch untersuchten, ist G. überzeugt, auch bei ihm eine echte Hypertrophie vor sich gehabt zu haben, und erwägt die Frage nach einem Pylorospasmus nicht.

(Ref. erachtet, daß in beiden jetzt von G. mitgeteilten Fällen das Mitspielen von Pylorospasmus gar nicht zu verkennen ist. In der Krankengeschichte des operierten Falles lehren die Notizen, daß die Intensität des Brechens zeitweise wechselte und sogar zwischendurch kleine Gewichtszunahmen erfolgten; der intern behandelte und genesene Fall scheint überall nur durch Annahme von Pylorospasmus interpretierbar. Nachdem ich die literarischen Beiträge der letzten Jahre zu dem mich dauernd interessierenden Gegenstande verfolgt, geht meine Ansicht dahin, daß bei diesen Fällen allerdings oft oder meistens Pylorusverdickungen vorliegen werden. Solche stark muskulöse Pylori werden an sich aber noch nicht als Mißbildungen anzusehen sein, scheinen jedoch zu Erkrankung an Pylorospasmus zu disponieren. Dies vorausgesetzt, würde die Hyperemesis der Säuglinge als ein Produkt von »Übermuskulosität« oder meinetwegen Hypertrophie und Spasmus des Pylorus zu deuten sein. Diese Ansicht, die ich schon 1901 andeutete, hat jetzt Schotten 1904 zu der seinigen gemacht, und auch Ibrahim akzeptiert die Kombination von Hypertrophie und Spasmus als recht häufig vorkommend und wahrscheinlich. Das Wesentliche aber bleibt für mich der Spasmus, und habe ich in den letzten Jahren zwei typische Fälle von Hyperemesis bei einfach intern abwartender Behandlung genesen sehen. Zum Schluß noch die Bemerkung, daß G. bei seiner Pylorusdehnung bis zur Durchführbarkeit eines Fingers mir zu weit gegangen zu sein scheint, und daß über den jetzigen Stand der Pylorusstenosenarbeit die fleißige Monographie von Ibrahim den besten Überblick gibt.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

36) **F. Franke.** Zur Behandlung der Pylorusstenose der Säuglinge.
(Zentralblatt für Kinderheilkunde 1904. Hft. 12.)

F. veröffentlicht einen bereits vor einigen Jahren operierten Fall von Pylorusstenose bei Säuglingen, in dem er — es handelte sich um ein elendes 6wöchiges Kind — mit günstigem Erfolge die Gastroenterostomia anterior antecolica ausführte. Er bricht für die chirurgische Behandlung dieser Erkrankung eine Lanze und wendet sich speziell gegen Heubner, der in seinem kürzlich erschienenen Lehrbuche jeden operativen Eingriff verwirft und diese Krankheit nur innerlich diätetisch behandelt wissen will. **Müller** (Dresden).

37) **Moynihan.** Ulcus carcinomatosum.
(Practitioner 1904. September.)

Unter 60—70 Fällen von Carcinoma ventriculi waren 10% auf der Basis eines runden Magengeschwürs entstanden. Für die Annahme eines Ulcus carcinomatosum sollen sprechen: die anhaltenden sehr heftigen Schmerzen, die geringe Beeinflussung durch interne Behandlung, sowie ein fortschreitender Verfall. Verf. rät, in allen Fällen möglichst frühzeitig chirurgische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Jenckel (Göttingen).

38) **Exner.** Bericht über die Magenoperationen der letzten 5 Jahre in der Klinik Gussenbauer.
(Zeitschrift für Heilkunde Bd. XXV [n. F. Bd. V]. Hft. 4.)

126 Magenoperationen wurden, ohne Mitzählung der Gastrostomien, in der Klinik Gussenbauer's in der Zeit von 1898/99 bis 1902/03 ausgeführt, darunter 75 Gastroenterostomien, 43 Resektionen und 8 andere Eingriffe. Die Anastomosenbildung wurde in typischer Weise stets mit dreireihiger zirkulärer Naht, wenn

irgend angängig nach v. Hacker derart gemacht, daß die äußere Nahtlinie 8, bei den letzten Operationen 10 cm betrug. Nur wo diese Methode technisch unausführbar war, z. B. bei Verwachsungen bösartiger Neubildungen, wurde nach Wölfler operiert. Wegen gutartiger Erkrankung des Magens wurde 30mal, mit 10% Mortalität (keine einzige Peritonitis), wegen Karzinom in 45 Fällen mit 31,11% Sterblichkeit gastroenterostomiert. Erwähnenswert ist hier eine Pat., die sich trotz bei der Operation konstatierter peritonealer Metastasen nach $3^1/_2$ Jahren völlig wohl befand. Von den 43 Magenresezierten — 39 wegen Karzinom — wurden 22 geheilt, 21 starben im Anschluß an die Operation = 48,8% primärer Mortalität. Bei 12 Pat. mußten Teile des Pankreas reseziert werden; nur 3 von diesen überlebten den Eingriff. Wegen der verhältnismäßigen Kürze der verflossenen Zeit und infolge der Ergebnislosigkeit vieler Anfragen ließ sich über die Dauerresultate bei den Karzinomkranken nichts Sicheres feststellen. 4 Pat. sind aber 1—$1^1/_2$ Jahr seit der Operation gesund, 1 Pat. 2 Jahre und 1 Pat. $3^1/_2$ Jahre. Operiert wurde nach der 1. oder 2. Billroth'schen Methode. Ferner wurden 3mal Narben bezw. Magengeschwüre exzidiert, 1 Pat. genas. Ebenso wurden die beiden wegen Fremdkörper im Magen gastrotomierten Pat. geheilt, während die 3 wegen Geschwürsdurchbruch Operierten nicht zu retten waren. **Müller** (Dresden).

39) **M. v. Cačković.** Ein Fall von Jejunostomie.

(Liečnički viestnik 1904. Nr. 5. [Kroatisch.])

Wegen breiter Verwachsungen des Magens konnte Wikerhauser keine Operation an demselben ausführen und legte eine Jejunostomie nach v. Eiselsberg an. Am Operationstag und später einigemal galliges Erbrechen, jedoch funktioniert die Fistel gut. Die sehr schwache Pat. stirbt am 4. Tag an Entkräftung. Bei der Sektion findet man den Magen und den zuführenden Darmschenkel voll galliger Flüssigkeit; in der Gegend der Fistel die Darmlichtung nur für einen Finger durchgängig.

Verf. kommt auf Grund dieses Falles zu dem Schluß, daß v. Eiselsberg's Typus zwar den Rückfluß verhindere, daß er aber die Zirkulation der Verdauungssäfte erschwere, und empfiehlt, unter allen Umständen Maydl's Typus auszuführen. (Selbstbericht.)

40) **A. L. Poljenow.** Zur Frage des akuten Darmverschlusses.

(Russisches Archiv für Chirurgie 1904. [Russisch.])

Von den drei mitgeteilten Fällen sei nur der letzte erwähnt.

Ein 39jähriger Bauer fühlt eines Morgens (10 Uhr) plötzlich heftige Schmerzen im Leib und muß bald darauf erbrechen. 6 Stunden später ist der Leib, besonders im oberen Teil, aufgetrieben. Während die überall schmerzhafte Perkussion oben gedämpft-tympanitischen Schall gibt, findet sich abwärts vom Nabel absolute Dämpfung in der Mitte sowohl wie an den Seiten, wo sie etwas höher reicht. Peristaltik ist nicht hör- oder sichtbar. Während der nächsten 3 Stunden wesentliche Verschlimmerung, das Erbrochene riecht kotig. Trotz mehrfachen Katheterismus kein Tropfen Urin. Pat. gibt sicher an, seit 36 Stunden nicht uriniert zu haben (? Ref.). Nun wird endlich zur Operation geschritten. Die »durch Gase fast gar nicht aufgetriebenen Dünndarmschlingen« sind dunkelblau verfärbt. Die Gefäße des Mesenteriums und seiner Radix erweitert und prall gefüllt: es liegt eine Drehung um fast 360° von links nach rechts vor. Nach völliger Eventeration gelingt die Zurückdrehung leicht. Die Harnblase ist leer und kollabiert. Am folgenden Nachmittag erliegt Pat. einer Peritonitis.

P. ist der Meinung, daß auf die beiden Symptome: Anurie und Dämpfung über der unteren Bauchhälfte von den Autoren zuwenig Wert gelegt werde, und daß sie für die in diesem Falle vorliegende Form des Volvulus charakteristisch seien. Erstere sei eine Folge der infolge der Drehung aufgehobenen Resorption der im Dünndarm enthaltenen Flüssigkeit, die ihrerseits, da die gefüllten Schlingen der Bauchwand anliegen, die Dämpfung verursache.

V. E. Mertens (Breslau).

41) **Riedel.** Der Mechanismus der Darmeinstülpung bei einem Kinde mit drei Invaginationen, zwei aszendierenden und einer deszendierenden.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1 u. 2.)

Bei einem 5 Monate alten Kinde fand sich bei der Laparotomie wegen Intussusception eine deszendierende Invaginatio ileo-colica und eine aszendierende, also retrograde des Colon descendens in das Colon transversum hinein; beide ließen sich ziemlich leicht desinvaginieren. Außerdem muß eine Invagination des unteren Endes des S romanum in den Mastdarm hinein bestanden haben; denn vor der Operation war dieselbe im Mastdarme getastet worden, sie muß während der Narkose zurückgegangen sein. Tod nach 3 Tagen an Pneumonie. Das Wichtige dieser Beobachtung liegt darin, daß R. sofort nach dem Herausziehen des invaginierten Ileums an diesem, 5—6 cm von der Bauhin'schen Klappe entfernt, eine ganz umschriebene Kontraktion des Darmes sah, als ob ein Faden um den Darm gelegt wäre. Diese Striktur hielt sich 1—2 Minuten, bis der Operateur Darminhalt vom Ileum her durchdrückte; dann wich sie und kehrte nicht wieder. Es liegt gewiß nahe, anzunehmen, daß entsprechend der Nothnagel'schen Lehre diese scharfe Kontraktion des Darmes den Ausgangspunkt der Invagination gebildet hat.

Haeckel (Stettin).

42) **Riedel.** Eine seit 3 Jahren sich wiederholende, schließlich irreponible Invaginatio ileo-ileo-colica.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1 u. 2.)

Bei einer 50jährigen Frau mit Ileus fand sich eine Invaginatio ileo-colica mit gangränösem Intussusceptum. Resektion. Tod nach 6 Wochen: infizierter Thrombus in der V. iliaca dextra von einem Decubitus aus; Pneumonie. Darm gesund.

Das Wichtige der Beobachtung liegt in der Anamnese: die Frau hatte viele Jahre vorher an oft wiederholten Schmerzen in der Ileocoecalgegend mit Brechen und Durchfällen gelitten. In den letzten 3 Jahren vor der Operation fühlte sie bei einem jeden der sehr häufigen Anfälle eine deutliche Geschwulst in der Blinddarmgegend, dabei bestanden stets deutliche Ileuserscheinungen, die nach Anwendung heißer Umschläge mitsamt der Geschwulst verschwanden. Offenbar hat es sich, da der Wurmfortsatz bei der Operation sich als gesund erwies, Appendicitis also auszuschließen ist, früher um Anläufe zur Invagination gehandelt, seit 3 Jahren aber kam es zu wirklichen Invaginationen, welche sich indes stets schnell wieder lösten. Dieses spontane Zurückgehen der Invagination läßt sich wohl am besten erklären, wenn man nach Nothnagel's Lehre annimmt, daß eine umschriebene Kontraktion des Darmes zur Insussusception führt; mit dem Nachlassen dieser Kontraktur geht dann auch die Intussusception zurück. **Haeckel** (Stettin).

43) **Mignon et Dopter.** Thrombo-phlébite mésaraïque primitive.

(Presse méd. 1904. Nr. 87.)

Verff. berichten über einen Fall, der ihnen mit den Symptomen des Darmverschlusses zugeführt und von ihnen operiert worden ist. Die Operation und die nachfolgende Sektion bestätigen die gestellte Diagnose nicht; man findet stark geblähte verfärbte Dünndarmschlingen, hochgradige Verdickung des Mesenteriums und Thrombophlebitis der Venae mesentericae und der Vena portae.

Die Betrachtungen der Verff. über den vorliegenden Fall erstrecken sich nur auf die Symptomatologie und die Pathogenese der Erkrankung. Sie nehmen zwei Stadien des Krankheitsbildes an, nämlich erstens Leibschmerzen und Darmverstimmung (Verstopfung oder Durchfall) mit oder ohne Temperatursteigerung, zweitens die Symptome des Darmverschlusses.

Als Ätiologie kommt nach Ansicht der Verff. eine Infektion in Betracht, und sie bringen in dem vorliegenden Fall eine vor zwei Jahren beobachtete akute Phlebitis venae saphenae sinistrae des Pat. in Beziehung zu der jetzigen Erkrankung.

Grunert (Leipzig).

44) J. M. Elder. The treatment of muco-membranous colitis by colostomy.

(New York and Philadelphia med. journ. 1904. September 10.)

45) C. Macdonald. Chronic dysentery: two cases treated by inguinal colostomy and irrigation.

(Ibid. November 5.)

In allen drei Fällen Heilung sehr schwerer chronischer Kolitis. Gewichtszunahme um ca. 60 Pfund. — M. empfiehlt die Operation für alle chronischen und die meisten akuten Fälle von Dysenterie. **Lengemann** (Bremen).

46) Fontaynont. Prolapsus total du rectum avec hydrocèle chez un enfant malgache de 12 mois. Rectococcypexie.

(Revue mens. des malad. de l'enfance Bd. XXII. p. 130.)

Der selbst in Narkose irreponible Vorfall des Mastdarmes bestand erst seit 8 Tagen. Operation nach Gérard-Marchant mit dauerndem Erfolg. Erwähnenswert ist die Bemerkung des Verf.s über die extreme Seltenheit der Rachitis in Madagaskar. **Goeppert** (Kattowitz).

47) Tavel (Bern). Technique de la résection du rectum par la voie sacrée avec suture primaire circulaire et réunion par première intention.

(Arch. prov. de chir. 1904. Nr. 9.)

An drei Fällen zeigt Verf., daß bei noch beweglichem Mastdarmkrebs, ob infra- oder intraperitoneal, ob an der Ampulle oder am S romanum, der sakrale Weg mit Resektion und nachfolgender zirkulärer Naht des Darmes die besten Resultate ergibt. In zwei Fällen erzielte er auch die Hautvereinigung per primam, immer gute Kontinenz, nie eine Infektion des Wirbelkanales. **Stolper** (Göttingen).

48) Bogdanik. Traumatischer Milzabszeß.

(Wiener klin.-therapeut. Wochenschrift 1905. Nr. 1.)

Kasuistische Mitteilung eines Milzabszesses, der auf einen vor Jahresfrist in die linke Seite erhaltenen Hufschlag zurückgeführt wurde. Die Diagnose wurde erst bei der Operation gestellt, bei der nach Eröffnung der Bauchhöhle durch einen Schnitt am äußeren Rande des linken Rectus die Milz sich als eine mannskopfgroße, glänzende, stahlfarbige, fluktuierende Geschwulst repräsentierte. Nach vorangegangener Inzision und Entleerung von etwa 1 Liter schmutziggrüner, nicht riechender Flüssigkeit wurde die Milz in die Bauchwunde eingenäht und tamponiert. Heilung. **Müller** (Dresden).

49) Eliot, Ellswörth jr. Hepatoptosis complicated by gastroptosis; a suggestion as to treatment.

(Med. news 1904. November 12.)

Verf. gibt eine Operationsmethode bei Hepatoptose verbunden mit Gastroptose an, welche von dem Gesichtspunkte geleitet ist, daß eine Hauptursache der allgemeinen Enteroptose der Druck der herabtretenden Leber darstellt.

Die Operation besteht in der Eröffnung der Bauchhöhle durch einen Medianschnitt und dem Aufsuchen und Vorziehen des Lig. teres zum parietalen Peritonealblatte, so daß das Nabelende des Bandes zum Leberende einen rechten Winkel bildet. In dieser Lage wird das Lig. teres in die vordere Bauchwand eingenäht, während der übrige Teil des falciformen Bandes seitlich ausgebreitet und ebenfalls angeheftet wird. Dadurch soll eine Tasche entstehen, welche der unteren Leberoberfläche einen Rückhalt gewährt. Für die Nachbehandlung ist von Belang, daß 2 Wochen lang das Becken hochgelagert wird.

Verf. hat zwei Fälle nach dieser Methode operiert. Bei dem ersten wurde außerdem eine Gastrorrhaphie gemacht. In beiden Fällen, welche Frauen im Alter von 38 und 41 Jahren betrafen, wurde eine Befreiung von den Beschwerden erzielt, welche zur Zeit der letzten Untersuchung, die ½ Jahr nach der Operation stattfand, noch keine Beeinträchtigung erfuhr. **Hofmann** (Freiburg i. B.).

50) **Legueu.** Plaie simultanée du foie et de l'artère fémorale par balle de revolver.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1063.)

L. hatte Gelegenheit, bei einer Pat., die sich mit einem Revolver einen Schuß im rechten Hypochondrium beigebracht hatte, die Laparotomie bereits 4 Stunden nach dem Unfall auszuführen. Die Eintrittsöffnung des Schußkanales saß an der oberen, die Austrittsöffnung an der Unterfläche der Leber sehr nahe ihrem Hilus; das Geschoß wurde nicht gefunden. Aus der Bauchhöhle wurde massenhaft Blut entfernt, die Leberwunden mit Jodoformgaze tamponiert. Eine am 8. Tage aufgenommene Skiagraphie zeigte das Geschoß vor dem Kopfe des rechten Oberschenkels; hier fühlte man es jetzt auch nach außen von den großen Gefäßen unter den Fingern rollen. Ein Einschnitt eröffnete eine mit Blutgerinnseln gefüllte Höhle. Bei vorsichtiger Wegnahme der Gerinnsel erfolgte plötzlich ein starker arterieller Blutstrahl aus einer lateralen Wunde der Art. femoralis. Da die Ligatur nicht gelang, ließ der Operateur Blum drei Klemmpinzetten liegen. Heilung.

Reichel (Chemnitz).

51) **Riedel.** Über die fieberhaft verlaufende Lues der Gallenblase und Gallengänge sowie der Leber.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1 u. 2.)

Das klinische Bild der Leberlues ist reicher, als es für gewöhnlich gezeichnet wird; neben der Cirrhose, den Gummata, dem Ikterus in der sekundären Periode der Syphilis kommen noch eine Reihe anderer Erscheinungsformen vor, deren Differentialdiagnose gegenüber der Cholelithiasis oft schwierig ist. R. gibt zunächst drei Fälle von Cholecystitis luetica ohne Ikterus, deren einer unter Fieber verlief. Alle hatten sie wiederholte, heftige Schmerzanfälle gehabt, so daß Gallensteine angenommen wurden. Die Operation ergab das Fehlen von Steinen; charakteristische Veränderungen der Leber ließen die Diagnose auf Lues zweifellos erscheinen. Vorhandene Verwachsungen erklären vielleicht die Schmerzen. Auch fieberhaft verlaufende Leberlues kann Cholecystitis luetica vortäuschen, wie ein Fall zeigt, in welchem ein verdickter unterer Leberrand für ein Empyem der Gallenblase gehalten wurde. Nebenbei werden zwei Krankengeschichten von schwerer Cholecystitis sine concremento und von Leberabszessen ohne luetische Basis angeführt.

Sodann wird ein Fall wiedergegeben von Lues der Gallenblase und Gallengänge mit Ikterus und Fieber. Die Operation ergab das Fehlen von Steinen. Die Drainage der Gallenblase hätte wohl Heilung bringen können, wenn nicht eine starke Darmblutung dem Leben ein Ende gemacht hätte. Da auch Gallensteine ein ähnliches Bild, ohne daß jemals Schmerzen auftraten — wofür zwei typische Fälle angeführt werden —, machen können, auch sehr larvierte Appendicitis in Frage kommt, wie zwei Beispiele zeigen, so erhellt die Schwierigkeit der Diagnose und die Wichtigkeit der feineren Kenntnis der Lues der Gallenwege.

Haeckel (Stettin).

52) **Biefinger.** Über Leberabszeß.

Inaug.-Diss., Kiel, 1902.

Nach Besprechung der verschiedenen bei Leberabszessen in Frage kommenden Operationsmethoden teilt Verf. die genauen Kranken- und Operationsgeschichten von drei in der Kieler Klinik operierten Fällen mit, bei denen die Eröffnung der Abszesse mit der Resektion einer oder mehrerer Rippen verbunden war. Zwei Pat. wurden geheilt, einer mit multiplen Leberabszessen starb.

Müller (Dresden).

53) E. Payr. Die Mobilisierung des Duodenums nach Kocher zur Entfernung retroduodenal liegender Choledochussteine.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 1.)

P. hat in einem Falle von in die Papille eingekeiltem Choledochussteine den vertikalen Duodenumteil nach Inzision des parietalen Bauchfelles auf der lateralen Seite 1 cm vom Duodenum entfernt nach links herübergeklappt, wie Kocher es zur Magen-Duodenumanastomosierung angegeben hat. Danach war der Stein für Eingriffe gut zugänglich und konnte im Gallengange so weit hochgeschoben werden, daß er durch eine zuvor schon angelegte Inzisionsöffnung im supraduodenalen Gangteile extrahiert werden konnte (vgl. auch die diesbezügliche Mitteilung auf dem vorjährigen Chirurgenkongreß. Dieses Blatt 1904 Beilage zu Nr. 27, p. 106 und Kongreßverhandlungen p. 81). Bemerkenswert bei der Operation war ein ziemlich blutender Venenplexus, auf den P. bei der übrigens sehr leicht auf stumpfem Wege von statten gehenden Darmablösung stieß.

P. stellt die noch junge und spärliche Literatur dieser Duodenumablösungen zusammen, erläutert durch zwei anatomische Bilder die topographischen Lageverhältnisse nebst Operationsfeld, vergleicht den Wert der retroperitonealen Choledochotomie mit der transduodenalen Operationsmethode zur Entfernung der Papillensteine, erörtert endlich die Verhältnisse des Choledochusendstückes zum Pankreas, welches mitunter letzteres völlig ummantelt. Er hebt den Wert der Duodenumablösung angelegentlich hervor (auch für Affektionen am Pankreas usw.), besonders deshalb, weil, wie sein Fall lehrt, nach derselben festsitzende Papillensteine ohne weitere Fortsetzung der Choledochusinzision im supraduodenalen Teile mobilisiert und emporgedrückt werden können.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

54) R. Müller. Die Gallensteinoperationen der chirurgischen Klinik zu Kiel aus den Jahren 1899—1901.

Inaug.-Diss., Kiel, 1902.

Die Resultate der von Helferich operierten 33 Fälle sind als recht günstige anzusehen. Bei 12 Cholecystostomien hatte er keinen, bei 15 Ektomien 3 Todesfälle, die aber nicht der Operation als solcher zuzurechnen sind, da sich als Todesursachen weit vorgeschrittene Phthise, Herzerkrankung und zu später Operationstermin angegeben finden. Je 3 Fälle von einfacher Choledochotomie und Choledochotomie mit Cystektomie genasen ebenfalls. Die definitiven Dauerresultate lassen ebenfalls nichts zu wünschen übrig. **Müller** (Dresden).

55) Bize. Étude anatomo-clinique des pancréas accessoires situés à l'extrémité d'un diverticule intestinal.

(Revue d'orthopédie 1904. Nr. 2.)

Zu zehn in der Literatur bekannten und von ihm auszugsweise wiedergegebenen Beobachtungen über Nebenbauchspeicheldrüsen an Darmanhängen fügt der Autor noch zwei eigene Fälle, von Kirmisson wegen Einstülpung operierte, hinzu. Diese Nebendrüsen sitzen nicht immer an der Stelle des Darmes, wo man nach Anatomie und Embryologie die Spur des Stieles der Nabelblase suchen möchte. Andererseits lehrt eine Beobachtung von Nauwerck, daß man neben einem eigentlichen Meckel'schen Anhang ein zweites Divertikel mit einem akzessorischen Pankreas finden kann. Die Annahme Neumann's erscheint also gerechtfertigt, daß diese Darmanhänge sich sekundär entwickeln können durch den Zug, welchen ein irgendwo beliebig sitzendes akzessorisches Pankreas auf den Darm ausübt. Es handelt sich hierbei nicht um einfache anatomische Merkwürdigkeiten, sondern dieselben können natürlich durch Entzündungen der Gewebe, durch Einstülpungen und Vordringen in die Lichtung des Darmes mit folgender Verlegung des Darminnern, sowie endlich durch die Möglichkeit von Geschwulstbildung gut- und bösartiger Natur eine sehr erhebliche und unter Umständen todbringende klinische Bedeutung gewinnen. **Herm. Frank** (Berlin).

56) **Pantzer.** Multiple abscesses of the omentum.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1904. November 19.)

1) 33jährige Frau, 2 Jahre vorher wegen Retroflexio uteri durch Ventrofixatio operiert. Es war allgemeine Peritonitis der Operation gefolgt. Pat. war genesen, aber sehr geschwächt, hatte bei jeder Menstruation Anfälle von allgemeiner Sepsis und auch in den Zwischenzeiten Leibschmerzen. Bei der Aufnahme bot sie trotzdem das Bild blühender Gesundheit. Im Bauche fanden sich bei Betastung eine Anzahl kleiner Geschwülste, von der Scheide aus waren vergrößerte Ovarien, die mit den Nachbarorganen stark verlötet waren, zu fühlen. Die Laparotomie enthüllte zahlreiche Granulationsgeschwülste im großen Netze, welche sämtlich Eiterhöhlen umschlossen und zwischen den beiden Blättern des an diesen Stellen stark verdickten Netzes lagen. Uterus und Ovarien wurden aus den Verwachsungen befreit, ersterer wieder ventrofixiert. Der dem Becken zunächst liegende Teil des Netzes, welcher am meisten Abszesse enthielt, wurde entfernt. Pat. erlag nach 3 Tagen schwerer Sepsis. Die Unsersuchung des Eiters aus den Netzabszessen ergab reine Streptokokken.

2) 37jährige Frau, mehrere Jahre vorher nach Kystomoperation allgemeine Sepsis, danach ähnlicher Zustand wie bei der ersteren. Bei der Aufnahme fanden sich außer einer über faustgroßen Schwellung in der Blinddarmgegend die Symptome von Gallensteinen. Die Laparotomie ergab, daß die Geschwulst aus aufgerolltem, verdicktem Netz bestand, wolches im ganzen das Aussehen bot wie oben beschrieben. 400 Gallensteine wurden entfernt, eine Gallenfistel angelegt. Nach 24 Stunden setzte schwere Sepsis ein, Tod nach 3 Tagen.

P. erklärt sich die Entstehung der Abszesse im Netz aus seiner Rolle als Schutzorgan. Es hatte das septische Material der allgemeinen Peritonitis nicht zu überwinden vermocht, sondern Teile davon wurden abgekapselt, und nach jeder Anstrengung, oder infolge der erschwerten Menstruation beim ersten Falle, traten von neuem Teile davon in die Blutbahn und erzeugten vorübergehende Anfälle von Sepsis. So auch wurden die Infektionserreger nach den Operationen mobilisiert und führten den Tod herbei. Seiner Ansicht nach wird das Netz als Schutzorgan nicht genügend gewürdigt. **Trapp** (Bückeburg).

Zur „Bemerkung“ des Herrn Dr. Lohnstein über mein neues Ureterenkystoskop.

(Vgl. Zentralblatt für Chirurgie 1904 Nr. 51 p. 1467 und 1905 Nr. 5 p. 136.)

Von

*Dr. **Albert Freudenberg** in Berlin.*

Die »Bemerkung« Lohnstein's kommt leider etwas verspätet zu meiner Kenntnis, so daß ich erst jetzt darauf erwidern kann.

Lohnstein ist im Irrtum, wenn er das von ihm angegebene Lampenarrangement an Kystoskopen für identisch hält mit der von mir an meinem neuen Ureterenkystoskop in Anwendung gebrachten und als ein Teil des einen der beiden neuen Prinzipien meines Instrumentes bezeichneten Anordnung der Lampe. Vielleicht bin ich selbst z. T. an diesem Irrtum mitschuldig, indem meine Schilderung, um kurz zu sein, nicht sehr genau und ins Einzelne gehend ausgefallen ist. Immerhin konnte und kann eine einfache Vergleichung meiner in ds. Bl. 1904 Nr. 51 gegebenen Abbildung, auf die ich bei meiner Schilderung ausdrücklich hinwies, mit dem von Lohnstein an der selbst zitierten Stelle (Deutsche med. Wochenschrift 1895 p. 59) gegebenen Klischee ihn — wie jeden anderen — von der Verschiedenheit überzeugen. Ich brauche mich aber, um diese Verschiedenheit zu beweisen, nicht auf die Aufforderung zum Vergleiche dieser beiden Zeichnungen zu beschränken; ich bin in der glücklichen Lage, Lohnstein selbst zum Zeugen gegen Lohnstein aufzurufen,

indem ich einfach das hierher setze, was Lohnstein *an der von ihm zitierten Stelle (Deutsche med. Wochenschrift 1895) über sein Lampenarrangement* selbst sagt, *was er aber in seiner »Bemerkung« nicht zum Abdruck bringt*[1].

Ich zitiere also, was Lohnstein *l. c. über sein Instrument selbst sagt: »Auf einem cystoskopischen Schafte .... wird eine Edisonlampe aufgeschraubt, welche nach ihrer Befestigung* die geradlinige Verlängerung des Schaftes bildet.« *Weiter: sein Instrument unterscheide sich von dem* Nitze'*schen .... »dadurch, daß der Schnabel des Instrumentes* nur als Führung dient, ohne gleichzeitig die Lichtquelle zu enthalten«; *der eigentliche Schnabel stelle also nur einen* »Metallfortsatz« *dar. — Dem gegenüber stelle ich als Eigenschaften der Lampenanordnung bei* meinem *Instrumente fest: 1) Die Lampe bildet* nicht *»die geradlinige Verlängerung des Schaftes«, wie bei* Lohnstein, *sondern steht mit ihrer Achse* im stumpfen Winkel zum Schafte. *— 2) Der Schnabel dient* nicht *»nur als Führung, ohne gleichzeitig die Lichtquelle zu enthalten«, er stellt* nicht *nur einen »Metallfortsatz« dar, wie bei* Lohnstein, *sondern er* enthält die Lampe. *— 3) Das Fenster für die Lampe ist* nicht, *wie bei* Lohnstein, *an dem (bei* Lohnstein *verhältnismäßig sehr langen)* Schaftteile *des Schnabelstückes, sondern genau an dem Winkel zwischen dem eigentlichen Schnabelteile des Schnabelstückes und dem (bei mir überhaupt nur andeutungsweise vorhandenen) Schaftteile des Schnabelstückes, und zwar an der konvexen Seite des Winkels, angebracht. — 4) Meine Lampe ist also* nicht, *wie* Lohnstein'*s, eine »Schaftlampe« (s. d. Bl. 1905 Nr. 5).*

Die Möglichkeit, die Lampe so zu arrangieren, wie es bei mir geschehen, ist übrigens nur durch *einen kleinen, von mir angegebenen* technischen Kunstgriff *erzielt worden, der ebenfalls etwas Neues darstellt, den ich aber in der Schilderung meines Instrumentes nicht besonders erwähnt habe, um nicht zu weitschweifig zu werden.* Wie aus der Zeichnung meines Instrumentes ersichtlich, *verläuft nämlich die Trennungslinie zwischen dem Schnabelstück und dem Schafte meines Instrumentes* schräg *zur Achse des Instrumentes, nicht senkrecht, wie bei* allen *bisherigen Kystoskopen. Und entsprechend ist auch das Gewinde im Schaft, an welches das Schnabelstück angeschraubt wird, schräg zur Achse des Instrumentes gestellt. Schon daraus ergibt sich, daß* Lohnstein *weiter im Irrtum ist, wenn er glaubt, daß er das, was mein Instrument bezüglich des ersten neuen Prinzipes bietet, einfach dadurch erreichen kann, daß er sein Lampenarrangement an ein beliebiges Ureterenkystoskop anschraubt.*

Das Gesagte dürfte wohl genügen! Konstatiere ich außerdem noch, daß weder Lohnstein, *wie er selbst in seiner »Bemerkung« zugibt, noch sonst Jemand jemals etwas über ein Ureterenkystoskop publiziert hat, bei dem das Prinzip aufgestellt und verwirklicht ist, die* Ureterenkatheter auf der der Konvexität des Schnabels entsprechenden Seite des Schaftes *herauszutreten zu lassen (NB.: Das ist das* Wesentliche *meines ersten Prinzipes!), so darf ich wohl* Lohnstein'*s Prioritätsreklamation mit aller Berechtigung zurückweisen.*

Daß bei Lohnstein'*s Reklamation das* zweite *neue Prinzip meines Instrumentes, die entfernbare Zwischenwand zwischen Optik und Raum für die Ureterenkatheter, ganz in der Versenkung verschwindet — obwohl ich dasselbe in meiner Arbeit als »vielleicht noch wichtiger« bezeichnet habe —, sei beiläufig hervorgehoben.*

---

[1] *In dem von* Lohnstein *im Zentralblatt für Chirurgie 1905 Nr. 5 zum Abdruck gebrachten Satze aus seiner Arbeit in der Deutschen med. Wochenschrift 1895 findet sich übrigens eine* nicht unwesentliche *Abweichung gegenüber dem Originale. Im Originale steht: »dadurch, daß man den Schnabel nach* einer *anderen Richtung abbiegt«.* Lohnstein *zitiert* jetzt: *»nach* der *anderen Richtung«.*

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 11. **Sonnabend, den 18. März.** **1905.**

Eine Erleichterung der vaginalen Uterusexstirpation bei verdickter Cervix.

Von

Oberarzt Dr. C. **Lauenstein** in Hamburg.

Bei weiter Scheide und leicht beweglichem Uterus ist es nach dem heutigen Stande der Technik nicht schwer, den erkrankten Uterus per vaginam zu entfernen. Auch was Lebensgefahr betrifft, nimmt eine solche Operation keinen hohen Rang ein. Mit der Zunahme des Cervixvolumens, die gleichzeitig eine Raumbeschränkung der Scheide

sowie in der Regel auch eine Abnahme der Verschieblichkeit des Uterus zur Folge hat, wachsen die Schwierigkeiten der Operation.

Es sind dies die Fälle, wo man, soll der vaginale Operationsweg beibehalten werden, entweder das Organ in situ auslöst, d. h. ohne es zu stürzen, oder wo man andere Erleichterungen der Technik heranzieht, wie sie in der Halbierung des Organes nach Peter Müller, der Spaltung der vorderen Wand nach Döderlein oder dem ein- oder doppelseitigen Schuchardt'schen Schnitt gegeben sind.

Ehe ich nun eine neue technische Erleichterung den Fachgenossen empfehle, schicke ich zwei Worte über die Uterusexstirpation überhaupt voraus. Ich habe zum Zwecke der Totalexstirpation des Uterus im Laufe der letzten 6—7 Jahre den vaginalen Weg nur ganz ausnahmsweise noch betreten. Vielmehr habe ich fast stets den Weg der Laparotomie gewählt, und zwar bei steiler invertierter Lage. Diese Operation hat den Vorzug der Übersichtlichkeit, und das bedeutet viel. Denn wo man nicht ordentlich sieht, da beherrscht man auch das Operationsgebiet nicht völlig. Jedoch läßt sich nicht leugnen, daß die »Freund'sche Operation« eine wesentlich höhere Mortalität hat, als die vaginale Operation. Das besagt die Literatur und das ist auch unsere Erfahrung. Es ist auch bei ruhigem Abwägen unverkennbar, weshalb die direkten Gefahren der Operation von der Scheide aus geringer sein müssen als die von der Bauchseite aus. An sich sind beide Eingriffe, was ihren Umfang betrifft, dieselben; beide bedürfen derselben Schnitte an der Vagina, im Beckenbindegewebe, am Peritoneum und an den Ligamenta lata. Aber das eine Mal arbeiten wir von der Scheide aus, einem Vorraume, in dem die Empfänglichkeit für Infektion gleich Null ist, im anderen von der eröffneten Bauchhöhle aus, einem Raume, dessen Empfänglichkeit Infektionsstoffen gegenüber weit über der der Vagina steht. Die »Freund'sche Operation« konkurriert nach Technik und Dignität ohne weiteres mit den schwierigsten Eingriffen, die der Chirurg im Bereiche der Bauchhöhle auszuführen hat, wenn wir von dem die chirurgischen Eingriffe komplizierenden Magen-Darminhalt zunächst absehen.

Der etwas weitere Weg, den der Operateur bei der »Freundschen Operation« bis zum Uterus hat gegenüber dem vaginalen Wege wird wohl einigermaßen durch die invertierte Lagerung der Pat. ausgeglichen. Doch bleibt immer noch ein Plus für sie, das ist die Bauchdeckenwunde.

Daher läßt es sich auch heute noch rechtfertigen, und zwar durch die wesentlich geringere Lebensgefahr der vaginalen Methode, wenn man es nicht aufgibt, an ihrer Vervollkommnung zu arbeiten. Jedes kleine Gebiet, das wir der vaginalen Operation erhalten, bedeutet einen Hoffnungsstrahl mehr im Einzelfalle, daß die Operation glücklich überstanden wird.

Nach dieser Einleitung kann ich mich vor den Fachgenossen, die dieses Blatt lesen, mit meinem Vorschlage recht kurz fassen.

Ich empfehle im gegebenen Falle, wo der Operateur bei Anschwellung der Cervix noch den vaginalen Weg zu wählen beabsichtigt, die Operation in der Weise auszuführen, daß er erst ganz in derselben Weise, wie es die Schröder'sche supravaginale hohe Cervixamputation tut, den unteren Abschnitt des karzinomatösen Uterus fortnimmt und nachdem dieser raumbeengende Teil des Organs entfernt worden ist, den Rest des Uterus mit den angrenzenden Teilen der Ligg. lata entfernt. Die Kollegen werden erstaunt sein, mit welcher verblüffenden Leichtigkeit sich der Fundus uteri aus dem in der Regel eröffneten Douglas hervorholen läßt und wie leicht sich die Abklemmung und Abtragung beider Ligamenta lata macht. So zerlegt sich der Operateur die vaginale Uterusexstirpation, die doch immerhin die Stellung einer technisch wichtigen und oft schwierigen Operation einnimmt, in zwei unverhältnismäßig einfache, ja leichte Eingriffe.

Die geringe Blutung, die man nach der queren Abtragung der Cervix aus der Wundfläche des Fundus erhält, läßt sich durch ein leichtes Überfahren mit dem Kolbenbrenner des Paquelin stillen. Die Plica vesico-uterina bleibt bis zuletzt intakt. Der Douglas wird dagegen wohl stets mit der Fortnahme der Cervix eröffnet worden sein. Bei der seitlichen Auslösung wird die Blutung aus den Ästen der Uterina sofort gestillt. Nach Entfernung der Cervix fällt jede Spannung der Ligg. lata in der Richtung von oben nach unten fort, so daß man beiderseits nur je eine Doyen'sche Klemme und nur je eine Ligatur braucht.

Man muß sich wundern, daß dieser Vorschlag, bei verdickter Cervix oder bei enger Scheide Raum zu gewinnen, noch nicht früher gemacht worden ist. Er leistet wesentlich mehr als die Vorschläge, die den Uterus der Länge nach teilen oder einschneiden, aber das Volumen des Uterus nicht vermindern. Er leistet aber auch mehr als die Längsschnitte, die das Lumen der Scheide zu erweitern bestimmt sind; denn er schafft ganz erheblichen Raum, ohne den an sich notwendigen Schnitten neue hinzuzufügen. Eine vaginale Uterusexstirpation, in dieser von mir vorgeschlagenen Weise ausgeführt, beansprucht nur ein Mindestmaß von Zeit. Die größere Quote Zeit von den beiden Operationsabschnitten beansprucht die supravaginale Amputation; die Fortnahme des Fundus ist Sache weniger Minuten.

Mit dem sog. »Morcellement« möchte ich meinen Vorschlag nicht verwechselt wissen. Nach meinem Vorschlage braucht man den Uterus nur in zwei Stücke zu teilen. Sowie das untere Stück fortgenommen ist, läßt sich spielend leicht das obere wegnehmen.

---

1) **R. Boddaert.** Etude expérimentale sur l'oedème veineux.

(Bull. de l'acad. de méd. de Belg. 1904. Nr. 8.)

B. weist durch seine Experimente an Kaninchen nach, daß unsere Anschauung über Ödem durch Unterbindung großer Venen einge-

schränkt werden muß. Die großen und mittelgroßen Lymphgefäße sind meist so eng an die Venen angelagert, daß sie sowohl beim Menschen, als experimentell bei Tieren unversehens mit unterbunden werden, was dann zu Trugschlüssen führt. Unterbindung großer Venen (Femoralis, Axillaris, Jugularis usw.) führt in der Regel nicht zu venösem (Stauungs-) Ödem. Ja, man kann durch die Färbemethoden am lebenden Tiere nachweisen, daß trotz Unterbindung großer Venen die Zirkulation des Blutes nur unbedeutend gestört wird. Die Kollateralbahnen sind eben zu zahlreich vorhanden. Legt man an einem Venenstamme zwei oder mehr Ligaturen an, welche zu ausgedehnter Thrombenbildung führen, so ändert sich das Bild, indem die Thromben sich bis in die kleineren Verästelungen fortsetzen und nun die kollateralen Bahnen mit Blut nur unvollkommen beschickt werden können. Bei Kaninchen gelingt es leicht von der Vena maxillaris externa aus in die Vena facialis, jugularis externa, selbst bis zur Vena cava sup., d. h. bis in die Nähe des Herzens, feine Laminariabougies einzuführen, welche quellen und nun enorme Zirkulationshemmung auch in der Vena facialis interna, facialis posterior und subclavia bedingen. Alsdann bekommt man hochgradiges venöses Ödem. Die Experimente sind lehrreich zur Erklärung mancher Ödeme, wie sie als Phlegmasia alba dolens usw. bekannt sind. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

---

2) **E. J. Marzinowski** und **S. L. Bogrow** (Moskau). Die Ätiologie der Orientbeule (bouton d'Orient).

(Virchow's Archiv Bd. CLXXVIII. p. 112.)

Nach Aufzählung der in der Literatur beschriebenen verschiedenen Krankheitserreger der Orientbeule schildern Verff. in ausführlicher Weise das morphologische, tinktorielle und kulturelle Verhalten eines von ihnen zu den Protozoen gezählten Parasiten von ovaler und rundlicher Gestalt, den sie in einem Falle dieser Krankheit in den Granulationen der Geschwüre nachweisen konnten. Die von ihnen gesehenen Gebilde lagen größtenteils im Protoplasma von epitheloiden Zellen, seltener waren sie freiliegend. In Leukocyten waren sie äußerst spärlich nachzuweisen, in Erythrocyten fanden sie sich überhaupt nicht. Verff. schlagen für den von ihnen gefundenen Parasiten den Namen Ovoplasma orientale vor. Impfversuche bei Meerschweinchen mit demselben blieben resultatlos. **Doering** (Göttingen).

---

3) **Cranwell.** Contribution al estudio de la actinomicosis humana.

Buenos-Aires 1904.

Das Buch C.'s bietet eine ausführliche Behandlung des ganzen Gebietes der Aktinomykose auf Grund der gesamten darüber bestehenden Literatur. C. hat im Mai 1903 den ersten Fall authentischer Aktinomykose beim Menschen in Argentinien festgestellt, während man schon lange vorher das Vorkommen solcher Fälle auch in

jenem Lande vermutet hatte. Es wurden seit jener Zeit vom Verf. im ganzen zehn Fälle beobachtet, von denen zwei die Wange betreffen, drei den Unterkiefer, zwei den Hals und den Unterkiefer, zwei den Bauch und einer die Lendengegend. Was die nicht schwierige Diagnose betrifft, so ist dabei die Hauptsache, das früher von einem Franzosen ausgesprochene Wort zu beobachten:

»Pour faire le diagnostic d'une maladie il faut d'abord y penser.«

Bezüglich der Prophylaxe der Erkrankung wird von C. eine geeignete Belehrung der Landleute gefordert, insbesondere Vermeidung des Kauens von Getreide und Gebrauch einer Mund und Nase schützenden Maske bei der Drescharbeit. Die Behandlung kann nur rein chirurgisch sein. Von inneren Mitteln, wie Jodkali u. ä., hat C. wenig Erfolg gesehen. Von den oben angeführten zehn Fällen wurden vier geheilt, fünf gebessert, einer starb.

Stein (Wiesbaden).

---

4) **Oliver.** Tratamiento de los quistes hidáticos.

(Revista med. del Uruguay 1904. Nr. 9.)

Nach O. ist jede Punktion einer Echinokokkencyste, sei es zu Heilzwecken, sei es zu Untersuchungszwecken, zu unterlassen. Die Gründe hierfür sind folgende:

1) Kann man zwischengelagerte Organe verletzen.

2) Kann man eine Infektion der Cyste verursachen.

3) Kann man eine Überimpfung des Inhaltes der Cyste in die Nachbarschaft herbeiführen.

4) Kann man entzündliche Vorgänge in der Cyste, auch wenn man aseptisch punktiert hat, hervorrufen.

Man soll daher die Diagnose einzig und allein auf Grund der klinischen Symptome zu stellen suchen. Ebenso verwirft O. die Injektion irgendwelcher antiseptischer Flüssigkeiten, wie Naphtol, Sublimat, Jodoform, Formol usw., in das Innere der geschlossenen Cyste, da die Gefahr der Vergiftung sehr groß ist, und eine sichere Abtötung des Cysteninhaltes nicht garantiert wird. Die Behandlung der Echinokokkencyste soll rein chirurgisch sein; sie soll bestehen entweder in der Entleerung des Cysteninhaltes und Entfernung der Cystenmembran und der Tochterblasen oder, wenn möglich, in der völligen Exstirpation der Cyste.

Wird das erstere Verfahren ausgeführt, was wohl in den meisten Fällen indiziert ist, so kommen zwei Wege in Betracht, je nachdem die Cysten vereitert sind oder nicht.

Bei den vereiterten Cysten und außerdem bei denjenigen, deren Inhalt Gallenbeimischung zeigt, oder deren Inhalt gelatinöse Konsistenz hat, oder deren Wände teilweise verkalkt sind, muß unter allen Umständen drainiert werden. Die übrigen, d. h. die ganz aseptischen Cysten können nach der Entleerung verschlossen werden. Doch ist es außerordentlich ratsam, die vernähte Cyste an die Hautwand anzunähen, da sehr häufig sich einige Tage nach der Operation nach-

trägliche Eiterungen einstellen und dann das Wiederaufsuchen der vernähten und versenkten Cyste außerordentlich mühsam und schwierig sein kann. Diese nachträglichen Eiterungen manifestieren sich durch ein kontinuierliches Fieber, welches von geringer Höhe sein kann und selten über 38° ansteigt. Sie beginnen meist 4—6 Tage nach der Operation. Doch können sie auch noch einen Monat später sich einstellen, und selbst 78 Tage nach der Operation hat O. eine postoperative Cysteneiterung beobachtet. Durch diese Späteiterungen lassen sich auch die plötzlichen Todesfälle erklären, die zuweilen im Anschluß an die Cystenoperation berichtet worden sind. Cranwell berichtet über einen Kranken, der an einer Echinokokkencyste der Leber operiert worden war und der am Tage, an dem er aus dem Krankenhause entlassen werden sollte, plötzlich starb. Die Sektion ergab, daß die Cyste nachträglich vereitert war, daß sie die Vena cava inferior komprimiert, einen Thrombus in ihr erzeugt und damit eine Lungenembolie verursacht hatte. O. gibt an, daß zahlreiche Kranke, welche die Krankenhäuser scheinbar von der Operation genesen verlassen, hinterher zu Hause an Septhämie und Peritonitis zugrunde gehen. Aus alledem wird der Schluß gezogen, daß unbedingt die Kranken längere Zeit nach Heilung der Operationswunde unter ärztlicher Aufsicht zu belassen und erst nach Monaten vollkommenen Wohlbefindens als definitiv geheilt zu betrachten sind.

O. glaubt, daß die ungünstige Statistik, welche diese Operation in seinem Vaterlande hat, dadurch verursacht ist, daß die dortigen Ärzte sich obiges Verhalten nicht zur Regel gemacht haben, und daß deshalb in Uruguay nicht so glänzende Dauerresultate erzielt würden, wie dies scheinbar in Europa der Fall ist.

Was die Heilbarkeit der Cysten anbetrifft, so bieten die günstigsten Verhältnisse die Cysten der Lunge, welche durch die fortwährende Bewegung der Lunge, wenn sie einmal entleert sind, rasch zur Vernarbung gelangen können. Die ungünstigsten Verhältnisse bieten im Gegensatze hierzu die Cysten der Leber, welche sehr häufig vereitern.

O. hat 45% seiner Cysten zum zweitenmal operieren müssen. In der Hauptsache besteht seine Operationstechnik in folgendem:

1) Freilegung der Cyste durch die hierfür notwendige Operation (Laparotomie, Kraniektomie, Thorakotomie usw.).

2) Schutz des Operationsfeldes durch Kompressen.

3) Entleerung des flüssigen Cysteninhaltes durch Punktion und Aspiration.

4) Füllung der Cyste mit einer 1%igen Formollösung, welche nach 5 Minuten wieder herausgelassen wird.

5) Eröffnung der Cyste, Entfernung der Bläschen und der Membran und Ausfüllung der Cyste mit Gaze.

6) Resektion des größeren Teiles der Cystenwand ohne Verletzung des Organes, in welches die Cyste eingebettet ist.

7) Vernähung der Cyste und
8) Fixation der vernähten Cyste an den Wundrand.

Stein (Wiesbaden).

---

5) **Schmieden.** Experimentelle Studie zur Bier'schen Behandlung der Pseudarthrosen mittels Bluteinspritzung.

(Sonderabdruck aus dem Sitzungsberichte der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Bonn vom 24. Oktober 1904.)

S. hat in einer Reihe von Tierexperimenten versucht, der Bier-schen Behandlung der Pseudarthrosen durch Bluteinspritzung (ref. im Zentralblatt für Chirurgie 1905 Nr. 4) eine experimentelle Grundlage zu geben. Er hat zu diesem Zwecke 19 Doppelversuche mit wechselnder Anordnung ausgeführt, von denen 7 als unbrauchbar ausgeschieden werden mußten, weil entweder kein Bluterguß oder Vereiterung eintrat. Von den übrigen 12 Doppelversuchen, bei denen auf möglichst gleichwertige Verhältnisse geachtet wurde, konnte in 7 Fällen ein deutlicher Einfluß des Blutergusses auf die Callusbildung in dem Sinne nachgewiesen werden, daß die Callusbildung beschleunigt und die Bruchenden eher miteinander verschmolzen wurden, wenn auch möglicherweise hierbei noch andere Momente, wie die Stellung der Bruchstücke, der Verlauf der Bruchlinie usw., eine gewisse Rolle spielten. In keinem einzigen Falle konnte jedoch ein direkt gegen die Theorie der Ernährbarkeit des Callus durch Blutergüsse sprechender Befund erhoben werden, und auch die übrigen 5 Fälle heilten gleich schnell und mit gleich kräftiger Callusbildung aus. S. trägt daher kein Bedenken, in diesen Beobachtungen eine Stütze der Bier'schen Pseudarthrosenbehandlung zu erblicken. Mikroskopische Untersuchungen, die in einer Reihe von Fällen angeschlossen wurden, um festzustellen, wie weit direkt der Bluterguß zum Aufbau des Callus verwendet wurde, haben zu keinem einwandsfreien Ergebnis geführt.

Deutschländer (Hamburg).

---

6) **H. Mohr.** Der Gelenkrheumatismus tuberkulösen Ursprunges.

(Berliner Klinik. Hft. 197.)

M. gibt in der vorliegenden Abhandlung eine sehr übersichtliche Darstellung von dem Krankheitsbilde des tuberkulösen Gelenkrheumatismus, der besonders in Frankreich zahlreiche Bearbeiter gefunden hat, dem man aber in Deutschland bisher nicht die genügende Beachtung, trotz seiner klinischen Wichtigkeit, gespendet hat. M. hält sich im wesentlichen in seiner Darstellung an die Ausführungen Poncet's und seiner Schüler, die einen artikulären und extraartikulären tuberkulösen Rheumatismus unterscheiden. Die Arbeit M.'s beschäftigt sich fast ausschließlich mit der artikulären Form des tuberkulösen Rheumatismus, die in kritischer Weise besprochen wird. Wie nach jeder Infektionskrankheit Gelenkentzündungen als Zeichen einer Allgemeininfektion auftreten, so können sich auch bei der Tuberkulose, mag

dieselbe manifest oder latent sein, Gelenkerkrankungen zeigen, die in ursächlichem Zusammenhange mit der Tuberkulose stehen und in der Regel als Toxinwirkung, aber auch als Infektionen mit abgeschwächten Erregern betrachtet werden können. Die Erscheinungsformen dieses tuberkulösen Gelenkrheumatismus sind äußerst mannigfaltig; bald tritt er als Arthralgie, bald als akuter, subakuter oder chronischer Gelenkrheumatismus auf, bald überwiegen chronisch deformierende oder zur Ankylose führende Gelenkprozesse, bald macht er sich in der Gestalt chronischer Synovitiden bemerkbar. Pathologisch-anatomisch finden sich in der Regel keine charakteristischen, spezifischen Befunde, und es lassen sich meistens nur Veränderungen konstatieren, wie man sie bei jeder anderen akuten oder chronischen Entzündung vorfindet. Die Diagnose ergibt sich aus der Anamnese, der klinischen Beobachtung und vor allem aus dem Nachweis einer bestehenden Tuberkulose. Die Prognose hängt sowohl von den Manifestationen der Tuberkulose als auch von den Gelenkveränderungen ab. Für die Therapie lassen sich keine festen Grundsätze angeben; die üblichen antirheumatischen Kuren versagen in der Regel. Allgemeinbehandlung und örtliche Therapie müssen Hand in Hand gehen. Letztere richtet sich nach den zu erfüllenden Indikationen; empfohlen werden Massage, Gymnastik, vorsichtige hydrotherapeutische Maßregeln, lokale Wärmewirkung, Einreibungen mit Cryogeninsalbe, Alkoholwaschungen usw. — Ein umfangreiches Literaturverzeichnis, größtenteils französische Autoren enthaltend, beschließt die dankenswerte Arbeit des Verf.s.

Deutschländer (Hamburg).

---

7) **J. A. Korteweg.** Kan Tendovaginitis crepitans Gevolg zijn van een Ongeval of is het steeds een Bedrijfsziekte.

(Nederl. Tijdschrift v. Geneesk. 1905. Nr. 3.)

Tendovaginitis ist meist die Folge von Überanstrengung besonders von sonst ungewohnter Handarbeit. Eine fehlerhaft ausgeführte Bewegung wird aber oft als Ursache der Tendovaginitis angegeben, wovon Verf. einige von ihm beobachtete Fälle wiedergibt. Er ist der Ansicht, daß wahrscheinlich viele Tendovaginitiden die Folge eines Unfalles sind.

E. H. van Lier (Amsterdam).

---

8) **G. P. van Trooyen.** Iets over Tendovaginitis crepitans in verband met de Ongevallenwet 1901.

(Nederl. Tijdschrift v. Geneesk. 1905. Nr. 3.)

Verf. fragt sich, ob ein plötzliches Trauma Tendovaginitis erzeugen kann, ob ein Bluterguß in den Sehnenscheiden das Gefühl von Krepitieren gibt, oder ob eine Entzündung kurz nach der Entstehung schon krepitiert.

Er untersuchte zur Lösung dieser Frage die Füße von Kälbern, welche viele Stunden lang gebunden sind, wenn sie nach dem Schlachthause gebracht werden, auch übte er ein Trauma auf die Vorderfüße

aus, ließ die Tiere einige Stunden umherlaufen und sezierte dann die Füße.

Er fand dabei niemals Krepitation, keine Entzündungserscheinungen, wohl aber immer subkutane Blutergüsse, bisweilen auch solche in den Sehnenscheiden und in ihrer Umgebung.

Verf. ist danach der Ansicht — obwohl die Experimente nicht entscheidend sind —, daß die Tendovaginitis keine Unfallerkrankung ist, daß vielmehr die Pat. durch eine plötzliche Bewegung auf Krepitieren und Schmerzen, aufmerksam werden, die als Krankheitsfolgen schon vorher bestanden hatten. **E. H. van Lier** (Amsterdam).

---

9) **P. Bockenheimer** und **F. Frohse.** Atlas typischer chirurgischer Operationen für Ärzte und Studierende. Lief. 1 u. 2.

Jena, **Gustav Fischer,** 1904/05. 24 Tafeln und erläuternder Text.

Die großen Fortschritte, welche die Technik farbiger Reproduktionen gemacht hat, gestattet es, anstelle der früheren schwarzen Bilder solche in den natürlichen Farben des Körpers herzustellen, ohne daß der Preis der Bilder zu sehr in die Höhe getrieben wird. Das haben sich die Herausgeber des auf 5 Lieferungen berechneten Atlasses zu Nutzen gemacht, indem sie eine Reihe von Operationen in Normalgröße und Normalfarben darstellen, die nach Modellen von dem Maler Franz Frohse aquarelliert worden sind. Charakteristisch für den Atlas ist außerdem, daß, nach Wiedergabe der zu allen Operationen zu verwendenden Instrumente, vor der Darstellung jeder Einzeloperation die für sie speziell erforderlichen Instrumente und Apparate abgebildet werden, daß stets mehrere Akte der Operation, hier und da selbst bis zum vollen Abschluß durch die Naht, abgebildet sind, daß die Bezeichnung der in der Wunde sichtbar werdenden Organe diesen unmittelbar beigedruckt ist, so daß man sich sofort leicht orientieren kann, daß endlich neben jeder Tafel sich der dazu gehörige beschreibende Text aus der Feder B.'s befindet, der möglichst knapp gehalten, bei komplizierteren Operationen indes auch weiter ausgeführt ist. Vorbildlich dienen überall die Regeln der v. Bergmann'schen Klinik.

In den vorliegenden Lieferungen — denen noch drei weitere folgen sollen — finden wir die Darstellung der oberen Tracheotomie, der Hemikraniotomie (auf Blatt IV scheint wunderbarerweise das Ohr durch die ihm vorgelagerte Schädeldecke hindurch), die Radikaloperation des Leistenbruches nach Bassini, die Unterbindung der A. lingualis, die Zungenexstirpation nach v. Bergmann, die Gastrostomie nach demselben, die Kehlkopfexstirpation und die Rippenresektion.

Die Darstellungen gestatten einen raschen klaren Überblick über das Operationsfeld, so daß der Studierende wie der Arzt augenblicklich sich in das Gedächtnis zurückrufen kann, was er im Operationskursus selbst geübt und in der Klinik hat ausführen sehen; und die kurzen Beschreibungen machen ihn auf das wichtigste aufmerksam, auf das er bei eigener Ausführung zu achten hat. Soweit dazu überhaupt Ab-

bildungen und Text genügen, leistet das der Atlas. Seine Ausstattung entspricht dem Rufe des Verlegers. Vollendet wird das Werk 30 *M* kosten.

Richter (Breslau).

---

10) **O. Zuckerkandl.** Atlas und Grundriß der chirurgischen Operationslehre. Dritte vermehrte und verbesserte Auflage.

München, **J. F. Lehmann**, 1905. XX u. 498 S., 46farbige Tafeln u. 309 Abbildungen im Text.

Die allgemeine Beliebtheit, deren sich die Lehmann'schen Atlanten mit ihren guten schwarzen und hübschen bunten Bildern bei verhältnismäßig niedrigem Preise zu erfreuen haben, kommt auch dem vorstehenden Atlas zu, wie sich daraus ergibt, daß er, vor 8 Jahren zum erstenmal publiziert, jetzt in dritter Auflage erscheint. Seit der Zeit hat sich die Zahl der bunten Tafeln fast verdoppelt, ist die der schwarzen Abbildungen um ein gut Teil vermehrt worden, hat auch der Text manche Bereicherung erfahren, entsprechend den Fortschritten, die auf dem Gebiete der operativen Chirurgie gemacht sind. Für ihn ist zu beachten, daß nicht von einem Lehrbuche, sondern nur von einem Grundriß die Rede ist, infolgedessen man manche Kürze entschuldigen und manche Einseitigkeit mit in den Kauf nehmen muß. Denn nicht immer ist das gerade beschriebene operative Verfahren das für Jedermann mustergültige, oder genügt die Beschreibung, eine noch nicht ausgeführte Operation zu unternehmen. Wer sich also genauer unterrichten, einzelne Fragen der Technik von verschiedenen Seiten beleuchtet sehen, auch über Indikationen zu operativen Eingriffen mehr erfahren will, muß andere Werke zu Hilfe nehmen. Doch wird sich der Atlas auch ferner viel Freunde erwerben. **Richter** (Breslau).

---

11) **R. T. Morris.** The idea of gross cleanliness in surgery, and its harmful results.

(New York med. record 1904. Oktober 1.)

Unter dieser scherzhaften Bezeichnung warnt M. vor dem »großen Reinmachen« in der Wundbehandlung. Selbst Wasser, geschweige denn antiseptische Lösungen wirken störend auf die feineren Heilungsvorgänge, auf die Epithelneubildungen und die Granulationen und stören die Leukocyten (im neuen Sinne pus laudabile), ihr bakterizides Werk zu tun. Am schlimmsten wird durch solche Wundreinigung das Endothel geschädigt; so ist bei der Appendicitis mancher Todesfall kritiklosen Sauberkeitsbestrebungen zuzuschreiben.

Loewenhardt (Breslau).

---

12) **W. J. Stone.** Formol-iodine a modified Claudius method for the preparation of catgut.

(New York med. record 1904. November 12.)

S. empfiehlt das Claudius'sche Jodcatgut, bereitet aber das Rohmaterial vorher noch für 36—48 Stunden in einer 4%igen wäß-

rigen Formalinlösung vor und wäscht es dann 12 Stunden in Wasser aus. Der Jod-Jodkalilösung kann man auch eine 5%ige sterile Boro-Glyzerinlösung oder Glyzerin zusetzen.

Das so präparierte Catgut ist brauchbar und dauerhaft.

Loewenhardt (Breslau).

---

13) **W. S. Schley.** The use of rubber tissue and boracic acid in the treatment of surface granulating wounds and especially of the varicose ulcers of the leg.

(New York med. record 1904. Juni 4.)

Die Aufpuderung von Borsäurepulver und direkte Bedeckung von Granulationsflächen mit Gummipapier nebst darauf folgendem Kompressionsverband soll zur schnellen Überhäutung führen.

Der Verband wird einmal wöchentlich, höchstens aber jeden 5. Tag gewechselt.

Loewenhardt (Breslau).

---

14) **D. A. San Martin.** La insuflacion nasofaringea en la anestesia general.

(Revista de med. y cir. pract. de Madrid Nr. 865.)

Indem M. die verschiedenen Methoden der allgemeinen Anästhesie bespricht, gelangt er zu einer entschiedenen Empfehlung der Chloroformnarkose, mit der man in Spanien weitaus bessere Statistiken erzielt hat, als in anderen Ländern. Nach M. soll in dem ganzen verflossenen Jahrhundert nur ein einziger wirklicher Chloroformtod während der Operation in Spanien beobachtet worden sein. M. hat selbst in 20jähriger klinischer Lehrtätigkeit einen einzigen Fall, und diesen 14 Stunden nach der Operation unter apoplektiformen Symptomen verloren. Die Ursache dieser so günstig lautenden Resultate sollen einmal in dem Umstande liegen, daß der Alkoholismus im Vergleiche mit Nord- und Zentraleuropa in Spanien weitaus weniger verbreitet ist; ebenso soll die Höhenlage des Landes eine Rolle spielen, und weiter wird von M. angeführt, daß er es für einen sehr wichtigen prophylaktischen Faktor hält, daß die Narkose erst dann begonnen wird, wenn der Operateur die vorhergehende Operation vollkommen zu Ende geführt hat, und daß die Leitung der Narkose stets einem Spezialisten dieser Tätigkeit anvertraut ist. Was die Technik der Narkose betrifft, so empfiehlt M. die Einatmung durch die Nase mit Hilfe eines kleinen Ansatzes zum Einführen in die Nasenlöcher und eines Schlauches mit Gummiblase, wie sie sonst beim Paquelin Verwendung findet. Um beide Hände frei zu haben, kann der Narkotiseur das Einblasen der Chloroformdämpfe durch einen auf dem Boden liegenden kleinen Blasebalg besorgen, der mit dem Fuße bedient wird. Ganz besonders wird noch der Umstand gelobt, daß die Einführung des kleinen Ansatzes in die Nase bei jeder beliebigen Lagerung des Pat. in gleicher Weise gut möglich ist.

Stein (Wiesbaden).

---

*

15) **J. T. Gwathmey.** Experiments to determine the value of oxygen in combination with the different general anaesthetics.

(New York med. record 1904. November 19.)

Daß Sauerstoff die Sicherheit jedes Narkotisierungsmittels erhöht, ohne seine Wirksamkeit zu beeinträchtigen, ist eine Tatsache, welche durch eine ganze Reihe von Experimenten an Katzen bei den verschiedensten Mitteln von G. erhärtet wurde.

Loewenhardt (Breslau).

---

16) **A. Cernezzi** (Cittiglio). Über die Leitungsanästhesie mit Stowain und mit der Stowain-Adrenalinmischung.

Nach den Mitteilungen von Lannoy und Billon, Réclus, Huchard, Chaput und Pouchet in der Medizinalakademie zu Paris habe ich experimentelle und klinische Untersuchungen über die neue Stowainanästhesie angestellt und besonders über den Gebrauch der Stowain-Adrenalinmischung in der Chirurgie.

Stowain oder Amyleinhydrochlorat, von Forneau hergestellt, wirkt bei Kaninchen in subkutanen Einspritzungen giftig erst in einer Dosis von 18—20 cg pro Kilogramm Tier; beim Menschen dürfte es höchstens ein Drittel der Giftigkeit von Kokain zeigen, das es zu ersetzen bestimmt ist. Da man es in großer Menge anwenden kann, wird man mit seiner Hilfe langwierige Operationen ausführen können, die bisher die Chloroformnarkose erforderten.

Kendirdiy und Berthaux haben Stowain zur Lumbalanästhesie, Dubar, de Bernmann und de Lapertonne in der Oto-Rhino-Laryngologie, Dermatologie und Augenheilkunde angewendet, ohne irgendeine Vergiftungserscheinung. Ich habe das Mittel bei ca. 60 Operationen angewendet, ohne ein unangenehmes Phänomen zu bemerken und habe Lokalanästhesie wie mit Kokain erzielt. Da aber Stowain gefäßerweiternd wirkt, so wird man ihm mit noch größerem Vorteil als beim Kokain (Braun) Adrenalin zusetzen, wie ich es bei den Operationen tue. Die beste Mischung ist jene von einem Tropfen der 1‰igen Lösung Adrenalin (ich brauche die der Firma Parke Davis & Co. in London — 16 Tropfen entsprechen 1 mg von Adrenalin) und von 2 ccm einer 0,50%igen Lösung von Stowain im Wasser oder in physiologischer Kochsalzlösung. Solche Mischung ist, wie ich durch Versuche geprüft habe, nicht so giftig wie die einfache Stowainlösung, sie verlängert die Dauer der Anästhesie, vermeidet die Gefäßerweiterung, macht die Unempfindlichkeit vollständig und erlaubt auch, entzündliche Gewebe zu anästhesieren. Mit ihr habe ich Laparotomien, radikale Bruchbehandlungen, Entfernungen von Geschwülsten, Nephropexien, Hydrokele- und Varikokeleoperationen usw. ausgeführt mit vortrefflichem Resultat und mit großen Vorteilen gegenüber allen bisher bekannten Lokalanästhesien. Wenn man die Dosis von 40 bis 50 cg von Stowain und von 1 mg von Adrenalin nicht überschreitet,

so hat man weder Vergiftungserscheinungen noch Ernährungsstörungen in den eingespritzten Geweben zu fürchten.

Da Alkalien Stowain aus Lösungen niederschlagen, muß man sie beim Kochen der Spritze und der Nadeln vermeiden; übrigens ist Stowain für sich selbst antiseptisch, kann aber auch im Dampfsterilisator während 20 Minuten auf 120° erhitzt werden, ohne sich zu zersetzen.

Was die allgemeine Technik der Einspritzungen und was die spezielle für einzelne Operationen betrifft, verweise ich auf das bekannte Werk von Réclus über die Kokainanästhesie, weil dessen Regeln auch für Stowain gelten.

Meine klinischen und experimentellen Erfahrungen erscheinen in der »Riforma medica«; sie dürften die Vorteile der Stowain-Adrenalinmischung für die Lokalanästhesie nachweisen und zu einer Nachprüfung anregen. (Selbstbericht.)

---

17) **S. G. Gant.** Sterile water anaesthesia in the operative treatment of anorectal disease, with a summary of three hundred and twenty cases.

(New York med. record 1904. Oktober 29.)

In ausgedehnter Weise verwendet G. Lokalanästhesie mit sterilem Wasser bei Operationen in der Mastdarmgegend. Seine Mitteilung betrifft Fissuren, Ulzerationen, Hämorrhoiden, Polypen, Vorfälle, Fisteln, Abszesse, Cysten, Geschwülste, aber auch größere Operationen, wie Kolostomie und explorative Laparotomien.

Verf. rühmt besonders das Ausbleiben des Nachschmerzes und der sekundären Blutungen, sowie jeder Intoxikationserscheinungen gegenüber den medikamentösen Lokalanästheticis. Für kleine hämorrhoidale Knoten wird im Durchschnitt etwa eine Pravazspritze Flüssigkeit gebraucht, für größere Eingriffe 2—15 ccm.

Loewenhardt (Breslau).

---

18) **Spies.** Die Erzeugung und die physikalischen Eigenschaften der Röntgenstrahlen.

(Moderne ärztl. Bibliothek. Berlin 1904. 45 S.)

In leicht faßlicher Weise führt Verf. den Leser in das Verständnis des Wesens der Röntgenstrahlen ein, indem er, von der Strahlung im allgemeinen ausgehend, auf die Röntgenstrahlen überleitet. Diesem Zwecke dienen die drei ersten Kapitel. In drei weiteren Kapiteln bespricht Verf. die Quelle zur Erzeugung der Röntgenstrahlen und empfiehlt als zweckmäßigste eine elektrische Zentrale, weniger eine Akkumulatorenbatterie. Als Induktor empfiehlt er einen solchen mit 40—50 cm Funkenlänge mit Walterschaltung und Wehneltunterbrecher. Daneben werden auch die bekannten anderen Unterbrecher näher beschrieben. Anschließend an elektrische Entladungen in luftverdünnten Räumen (Geissler, Plücker) beschreibt Verf. weiter die

Entstehung und die Eigenschaften der Röntgenstrahlen. Zuletzt spricht er noch über die Eigentümlichkeiten der Röntgenröhren und die praktische Verwendung der Röntgenstrahlen. **Gaugele** (Breslau).

---

19) **Marckwald.** Über Becquerelstrahlen und radioaktive Substanzen.

(Moderne ärztl. Bibliothek. Berlin 1904. 30 S.)

Das vorliegende kleine Werkchen dürfte jedem Arzte dringend zu empfehlen sein, nachdem die Becquerelstrahlen bereits unter unsere therapeutischen Hilfsmittel aufgenommen worden sind. Verf. beschreibt zunächst die Entdeckung dieser Strahlen, im Anschluß daran die verschiedenen radioaktiven Stoffe, mit denen bisher hauptsächlich experimentiert wurde (Uran mit seinen Derivaten, Polonium, Radium, Thorium; endlich Radiotellur, letzteres besonderes vom Verf. näher untersucht). Weitere Kapitel setzen uns in äußerst klarer, allgemein verständlicher Weise die Eigenschaften der Becquerelstrahlen näher auseinander, dann die chemischen Wirkungen der einzelnen Strahlen, ihre Phosphorescenz- und elektrischen Erscheinungen, endlich ihre Wärme- und physiologischen Wirkungen. In den letzten Kapiteln bespricht Verf. zunächst die eigentümliche Erscheinung der sog. Emanation; wahrscheinlich ist letztere ein »indifferentes Gas«, welches bei Berührung mit anderen Gegenständen letztere vorübergehend zu aktivieren vermag. Die Erklärung der Radioaktivität beruht vorläufig noch vollkommen auf Hypothesen. **Gaugele** (Breslau).

---

20) **Exner.** Zur Kenntnis der biologischen Wirksamkeit der durch den Magneten ablenkbaren und nicht ablenkbaren Radiumstrahlen.

(Sitzungsberichte der kaiserlichen Akademie der Wissenschaften in Wien. Mathem.-naturw. Klasse Bd. CXIII. Abt. III. 1904. Mai.)

E. hat die ablenkbaren und nicht ablenkbaren Radiumstrahlen 18$^3/_4$ Stunden auf Mäuseschwänze einwirken lassen und dabei bei beiden annähernd die gleiche Wirkung erzielt (flache Ulzeration und Haarausfall an den bestrahlten Partien nach 20 Tagen). Diese Tatsache ist dadurch bemerkenswert, daß der größte Teil der Radiumstrahlen durch den Magneten ablenkbar ist, der kleinere nicht, und trotzdem beide Komponenten annähernd die gleiche biologische Wirkung ausüben. **Dettmer** (Bromberg).

---

21) **Heineke.** Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf innere Organe.

(Mitteilungen aus d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1 u. 2.)

Über die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf innere Organe ist noch außerordentlich wenig bekannt. Die Untersuchungen London's über die Einwirkung von Radiumstrahlen auf Mäuse veranlaßten H.

in ähnlicher Weise die Wirkung der Röntgenstrahlen zu untersuchen, da ja beide Strahlenarten manche Ähnlichkeit in der Beeinflussung tierischer Gewebe haben. H. machte über 130 Versuche an Mäusen, Meerschweinchen und Kaninchen. Es ergab sich, daß Mäuse, junge Meerschweinchen und Kaninchen durch mehrstündige Röntgenbestrahlung regelmäßig, und zwar durchschnittlich nach Ablauf von 8 Tagen, getötet werden. Die Tiere sterben zu einer Zeit, in der, abgesehen von leichtem Haarausfall und geringer Schmerzhaftigkeit der zunächst getroffenen Hautstellen, keine makroskopisch sichtbaren Hautschädigungen zur Entwicklung kommen. Ältere ausgewachsene Meerschweinchen und Kaninchen dagegen gehen auch nach noch so langer Bestrahlung erst durch Vermittlung einer ausgebreiteten Hautnekrose nach längerer Zeit zugrunde. Ganz regelmäßig fanden sich folgende Veränderungen: 1) In der Milz geht ein großer Teil der Zellen zugrunde, in erster Linie die Lymphocyten in den Follikeln wie in der Pulpa, die Riesenzellen, die polynukleären Leukocyten und wahrscheinlich auch die eosinophilen Zellen; das Milzpigment ist stark vermehrt. 2) In den Lymphdrüsen wie in den Follikeln des Darmkanales geht der größte Teil der Lymphocyten in- und außerhalb der Follikeln zugrunde. 3) Im Knochenmark erfolgt eine weitgehende Rarefizierung der spezifischen Zellen. Diese Reaktion der lymphoiden Organe stellt ohne Zweifel eine spezifische Wirkung der Röntgenstrahlen dar und hat die Eigentümlichkeit, daß sie sehr schnell, schon nach etlichen Stunden, ohne vorhergehende Latenzzeit, eintritt, sehr stürmisch verläuft, frühzeitig beendet ist, zu keiner Nachwirkung führt, und daß das Zerstörte schnell wieder hergestellt wird. Die guten Erfahrungen, die am Menschen bei Leukämie und Pseudoleukämie bisher mit den Röntgenstrahlen gemacht worden sind, finden dadurch ihre Erklärung.

Was die Todesursache betrifft, so scheint dieselbe keine einheitliche zu sein; zum Teil ist die Hautschädigung, zum Teil die Veränderung der lymphoiden Organe daran Schuld. So sind H.'s Untersuchungen geeignet, unsere Kenntnisse über die physiologischen Wirkungen der Röntgenstrahlen sehr wesentlich zu bereichern.

Haeckel (Stettin).

---

22) **L. Halberstaedter.** Die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf Ovarien.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 3.)

H. hat bei Kaninchen die eine Bauchseite bestrahlt, während die andere mit Bleiplatten geschützt wurde: mittelweiche Kühlröhre, Walterskala 6, Entfernung 12 cm (Spiegel bis vordere Bauchwand), Dauer $^1/_2$ Stunde, Holzknecht'sche Kapsel 6—8 H. Diese Bestrahlung wurde nach einigen Tagen in derselben Weise wiederholt, Tiere nach verschieden großen Zeitabständen getötet und die Eierstöcke exstirpiert. Bei einer Anzahl von Tieren überzeugte sich Verf. vor oder unmittelbar nach der ersten Bestrahlung resp. einige Tage

später durch eine Autopsie in vivo von dem Zustande beider Ovarien. Es ergab sich, daß die bestrahlten Eierstöcke bedeutend an Größe abnahmen. Histologisch konnte der schon makroskopisch deutlich wahrnehmbare Schwund der Follikel bestätigt werden. Nach etwa 15 Tagen waren die Graaf'schen Follikel völlig geschwunden. Ob solche Eierstöcke dauernd die Fähigkeit verloren haben, Graaf'sche Follikel zu bilden, müssen spätere Untersuchungen und vor allem der funktionelle Versuch entscheiden. Da bei den Tieren keine stärkere Schädigung der Haut konstatiert werden konnte, ist anzunehmen, daß die Eierstöcke eine bedeutend größere Empfindlichkeit für Röntgenstrahlen besitzen als die Haut. Deshalb sind weibliche Gehülfen in Röntgenlaboratorien in entsprechender Weise zu schützen; bei therapeutischen Bestrahlungen der Bauchgegend bei Frauen ist daran zu denken, daß event. eine Schädigung der Eierstöcke eintreten kann.

Langemak (Erfurt).

---

23) **Beck.** Röntgen ray diagnosis and therapy.

New York and London, **D. Appleton and Co.,** 1904. 460 S. 322 Illustrationen im Texte.

Das Werk B.'s zerfällt in drei Hauptteile: Der erste, allgemeine Teil behandelt die Röntgenapparate und die Technik der Röntgographie. Die deutschen Röhren, speziell die von Gundelach und Müller erkennt Verf. als die besten an. Um den Härtegrad der Röhre zu messen, hat B. sich einen eigenen »Ostoskope« konstruiert, bei welchem ein Armskelett als vergleichendes Durchleuchtungsobjekt benutzt wird. Ferner hat Verf. eine einfache, leicht handliche Blende angegeben.

Im zweiten Teile bespricht Verf. die Untersuchung der einzelnen Körperteile mit Röntgenstrahlen des näheren. Einige Kapitel, wie die Röntgendiagnostik der Schulterblatt- und Wirbelerkrankungen, sind leider zu kurz behandelt. Um so interessanter sind seine Angaben über die Cholelithiasis. Bekanntlich ist es B. 1899 zuerst gelungen, Gallensteine röntgographisch zu diagnostozieren. Er beschreibt nun genau seine Technik, welche es ermöglicht, deutliche Bilder von Gallensteinen durch Skiagraphie zu erhalten, wie die beigegebenen Reproduktionen auf das schönste beweisen (Bild 75—77). Sämtliche Kapitel des zweiten Teiles hat Verf. durch Bilder eigener Fälle auf das reichste illustriert.

Der letzte Teil ist der therapeutischen Verwendung der Röntgenstrahlen gewidmet und berichtet über die günstigen Resultate, die Verf. selbst erreicht hat. Im Anschluß daran bespricht er noch kurz die Becquerel- und Radiumstrahlen, endlich die Lichttherapie nach Finsen.

Das äußerst reichhaltige und bestillustrierte Buch kann jedem Arzte auf das angelegentlichste empfohlen werden.

Gaugele (Breslau).

---

24) **Belot.** La radiothérapie dans les affections cutanées.

(Ann. de dermatol. et de syphil. 1904. p. 369.)

Aus der umfangreichen Arbeit des auch in der deutschen Literatur sehr belesenen Verf.s seien nur einige Punkte angeführt. Bei der Hypertrichosis ist der Erfolg selbst bei sehr langer Behandlung (1—2 Jahre) zweifelhaft. Dagegen ist die Radiotherapie bei Trichophytie allen früheren Methoden wegen der Schnelligkeit und Schmerzlosigkeit überlegen, weniger beim Favus. Gute Resultate erzielte Verf. ferner bei Folliculitis barbae (Sykosis). Zur Anregung des Haarwachstum bei Trichophytia tonsurans und Alopecie empfiehlt sich die Röntgenbehandlung weniger, ebenso wie bei Akne, Psoriasis. Günstige Beeinflussung wurde konstatiert bei Keloiden, Sklerodermie, pruriginösen Dermatosen, gewissen Ekzemformen und Lichen ruber; Besserungen bei Lepra. Die Lupusbehandlung wird ausführlich besprochen. Bei Lupus erythematodes gibt es auch nach des Verf.s Ansicht keine besseren Erfolge als mit anderen Methoden. Auffallend günstig ist die Wirkung auf die Geschwülste bei Mycosis fungoides, bei manchen Fällen von Sarkom (chirurgischer Eingriff vorzuziehen). Über die Behandlung der Hautkarzinome sagt Verf.: die Radiotherapie heilt die meisten Fälle, macht schöne Narben und scheint mehr vor Rezidiven zu schützen als andere Verfahren. Wenig günstige Erfolge zeigten sich bei Zungen- und Schleimhautkarzinomen und Brustkrebs. Bei Naevi ist die Elektrolyse vorzuziehen, Warzen werden günstig beeinflußt. Am Schluß gibt Verf. ein sehr langes Literaturverzeichnis.

Klingmüller (Breslau).

---

25) **Tuffier.** Radiothérapie dans le cancer.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1078.)

T. berichtet unter Mitteilung von Krankengeschichten seine Erfahrungen über den Einfluß der Röntgenstrahlen auf Karzinom. Er kommt zu folgenden Schlußsätzen:

Die Hautcancroide des Gesichts können durch Röntgenbestrahlung gebessert, anscheinend sogar geheilt werden. Die sekundären Geschwülste, Hautmetastasen bei Mammakarzinomen, können örtlich zum Rückgang gebracht werden, ohne daß dem allgemeinen Fortschreiten Einhalt getan wird. Tiefsitzende Geschwülste werden in ihrem Verlaufe durch X-Strahlen überhaupt nicht beeinflußt.

Reichel (Chemnitz).

---

26) **S. Tousey.** The treatment of tuberculosis of the larynx and of the prostate gland by the X-ray, high-frequency currents, and the Cooper-Hewitt light.

(New York med. record 1904. September 3.)

Nach einer längeren Literaturübersicht gibt T. seiner Erfahrung dahin Ausdruck, daß bei dem augenblicklichen Stand unserer Kenntnis die Anwendung von X-Strahlen oder des ultravioletten Lichtes

und hochgespannter Ströme in jedem Falle von Tuberkulose indiziert ist.

Das spezielle Instrumentarium für Prostata und Kehlkopf muß von Interessenten im Originale nachgesehen werden.

Loewenhardt (Breslau).

---

27) K. Jooss. Zur Therapie des Ulcus molle.

(Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene Jahrg. I. Hft. 11.)

Verf. empfiehlt bei schweren Fällen, namentlich wenn die Lymphdrüsen beteiligt sind, einen feuchten Verband (Borsäure oder destilliertes Wasser), nachdem event. die Wunde mit Jodoform oder einem Ersatzmittel bestreut worden ist. Der feuchte Verband wird durch einen über den Penis gezogenen, mit Bindentouren fixierten Kondom gehalten. Entsprechend der Harnröhrenmündung wird eine kleine Öffnung in die Spitze des Kondoms geschnitten.

Diese Art des Verbandes kommt nur bei kleiner oder Fehlen der Vorhaut in Frage, oder bei Sitz des Ulcus molle an Stellen, die durch die Vorhaut nicht bedeckt werden können.

Willi Hirt (Breslau).

---

28) M. Dunlop. Syphilitic synovitis in children.

(Edinburgh med. journ. 1904. Dezember.)

Unter eingehender Berücksichtigung der Literatur entwirft Verf. auf Grund von 16 behandelten Fällen ein treffliches Bild dieser im Kindesalter bei angeborener Syphilis auftretenden Gelenkerkrankung, welche entweder als Folge einer Epiphysitis luetica oder primär als Synovitis in einem oder in mehreren Gelenken beobachtet wird. Das Kniegelenk war am häufigsten befallen. Gewöhnlich tritt neben der Schwellung der Synovialis, welche, mit Bildung glasiger, schwammiger Granulationen einhergehend, eine tuberkulöse Affektion vortäuschen kann, eine Verdickung der Knochen mit ein, an die sich andere pathologische Zustände, wie die rarefizierende Osteitis oder die Osteo-Chondroarthritis anschließen. Als ckarakteristisch für die Erkrankung werden aufgeführt: der schleichende Beginn des Leidens, der chronische Verlauf, die symmetrische Verbreitung, das Fehlen jeglicher Schmerzen und die Beweglichkeit der Gelenke bei passiver Bewegung, das Auftreten anderer syphilitischer Erscheinungen, der Einfluß, welcher durch die Therapie ausgeübt wird. Unter den hinzutretenden anderen syphilitischen Erkrankungen nimmt die Keratitis den ersten Platz ein, erst dann folgen Periostitis, absolute Taubheit, Hutchinson'sche Erkrankung der Zähne. Letztere konnte unter den 16 Fällen nur 2mal nachgewiesen werden. 4 Abbildungen sind der Arbeit beigefügt.

Jenckel (Göttingen).

---

29) Honcamp. Zur Therapie der Impetigines.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXXIX. Nr. 12.)

Nach Entfernung der Bläschen oder Borken wird das Chinolin-Wismut-Rhodanat (Crurin-Edinger), bei stärkerem Brennen mit gleichen Teilen von Amylum gemischt, mit einem Holzspatel aufgestreut. Heilung ohne Verband in 3—4 Tagen.

Jadassohn (Bern).

---

30) F. Weitlauer. Dermatotherapeutische und urologische Beobachtungen.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXXIX. Nr. 10.)

Verf. empfiehlt 1) Mesotanöl (Mesotan und Oleum olivarum āā) täglich am Morgen in geringer Menge auf die Fußsohlen verreiben zu lassen, um lästige Fußschweiße in sehr bequemer und nicht reizender Weise zu behandeln. 2) Er hat mit großem Vorteil den offizinellen 10%igen Kampferspiritus gegen »Seborrhoea capitis, Seborrhoea sicca, Alopecia pityrodes« verwendet. 3) Bei der Strikturbehandlung hat auch bei großer Disposition zu Urethralfieber das Urotropin (dreimal 0,5) die Temperatursteigerungen verhindert.

Jadassohn (Bern).

---

31) J. Bloch. Bemerkungen über Thigenol.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XL. Nr. 1.)

Das Thigenol hat sich dem Verf. besonders bei akuten Ekzemen (als 10—20%ige Salbe und Paste), als Antipruriginosum, bei chronischen Ekzemen (20—40%ige Salbe oder Paste oder rein), bei Alopecia seborrhoica (8%iger Spiritus) bewährt.

Jadassohn (Bern).

---

32) M. Porosz. Das Tonogen suprarenale sec. Richter. Adstringens und Anästhetikum in der Urologie und Dermatologie.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXXIX. Nr. 11.)

Das von dem Budapester Apotheker Richter hergestellte Tonogen besteht aus: Wasser 100, Nebennierenextrakt 0,1, Chloreton 0,5, ClNa 0,7. P. fand seine Wirkung dem Parkes'schen Adrenalin »zumindest gleichwertig«. Bei akutem Tripper nimmt die Eiterung schnell ab, nicht aber der Gonokokkengehalt (Einspritzungen einer 5- bis 10%igen Lösung der 1‰igen Originallösung). Gut ist der Erfolg bei postgonorrhoischem Katarrh (10—33%ige Lösung, ja selbst diese unverdünnt in die Urethra anterior und posterior eingespritzt, event. mit Crurin gemischt). Bei Prostatahypertrophie traten namentlich nach stärkeren Lösungen heftige Schmerzen auf; doch wird der Harndrang beruhigt. Tonogensuppositorien (zu 4 cg) bewährten sich bei Urethrocystitis, hämorrhoidalen Blutungen und Mastdarmentzündung. Mit Alumen ustum pulverisatum gemischt (1:1000) stillte Tonogen die Blutungen nach Entfernung von Warzen und spitzen Kondylomen.

Jadassohn (Bern).

---

33) L. Kleinwächter (Czernowitz). Zur Ätiologie des Prolapses der weiblichen Urethra.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LII. Hft. 1.)

K., welcher über das vorliegende Thema schon früher Studien angestellt hatte, vertritt auch in seiner neuen Veröffentlichung den Standpunkt, daß verschiedene Ursachen zur Entstehung eines Harnröhrenvorfalles beim Weibe führen können. Es handelt sich zuweilen um eine durch Angiome bedingte Hyperplasie der Schleimhaut, wie Sipila in seinen Fällen nachwies; aber auch ungeschickte Kohabitationen können indirekt durch Dehnung das Orificium urethrae zum Prolaps führen; jedes übermäßige Pressen bei starkem Urindrang oder bei der Geburt treibt alsdann die Harnröhrenschleimhaut durch den erschlafften Sphinkter in Gestalt eines kugligen, blauroten Wulstes. Einen klassischen Fall dieser Art beschreibt K. in seiner Arbeit. Der Prolaps wurde unter lokaler Kokainanästhesie umschnitten und abgetragen.

Kroemer (Gießen).

---

34) Genevoix. Les urétrites chez les petits garçons.

(Thèse de Paris 1904. — Revue française de méd. et de chir. 1905. Nr. 1.)

Die Harnröhrenentzündungen nicht gonorrhoischen Ursprunges beruhen häufig auf Tuberkulose, ferner auf einer metastatischen Lokalisation im Verlauf einer Infektionskrankheit, z. B. bei Ohrgeschwüren, weiterhin auf Diathesen, wie Gicht und Skrofulose, auf Ausbreitung von Impetigo, Ekzem usw. der äußeren Genitalien auf die Harnröhre, auf Fremdkörpern der Harnröhre und Konkretionen im Vorhautsacke, schließlich auf traumatischen Einflüssen und auf Masturbation. Die klinischen Erscheinungen können genau die gleichen sein wie bei echter Gonorrhöe, der häufigsten Ursache von Harnröhreneiterung bei kleinen Knaben. Am häufigsten erfolgt die Infektion durch Berührung mit gonorrhoisch verunreinigter Wäsche usw., selten durch Koitus zwischen Kindern, häufiger durch Sittlichkeitsvergehen an Knaben. Die örtlichen entzündlichen Erscheinungen im akuten Stadium: ödematöse Schwellung und Rötung der Vorhaut und Eichel, sind meist sehr hervortretend. Cystitiden, Nebenhodenentzündungen, spätere Strikturen, Gelenkerkrankungen, Verallgemeinerung der gonorrhoischen Infektion wurden von schweren Komplikationen beobachtet.

Mohr (Bielefeld).

---

35) H. H. Morton. Perineal prostatectomy, with report of ten cases.

(New York med. record 1904. Oktober 8.)

M. hält im allgemeinen die suprapubische Prostatektomie der perinealen unterlegen.

Die publizierten zehn Fälle betrafen meist schwerkranke Pat. und nur Leute in hohem Alter.

Mit Recht weist Verf. darauf hin, daß man doch schon seit einer Reihe von Jahren an der Vervollkommnung dieser Operation arbeite

und namentlich von einigen amerikanischen Autoren, wie Belfield, Bryson, Alexander u. a. Publikationen vorliegen.

Loewenhardt (Breslau).

---

36) **Proust.** Indications et valeur thérapeutique des prostatectomies totales.

(Bulletin médical 1904. p. 945.)

Bisher sind 813 Fälle von perinealer Prostatektomie mit 58 Todesfällen innerhalb des ersten Monates nach der Operation bekannt. Todesfälle in direktem Anschluß an die Operation durch Blutung, Chok und Infektion sind sehr selten, häufiger dagegen im weiteren Verlaufe durch Herz- und Lungenkomplikationen, Hirnembolie, Nephritis usw., also als Folge des bereits sehr schlechten Allgemeinzustandes zur Zeit der Operation. Als sonstige postoperative Komplikationen kommen in Betracht: Mastdarm-Harnröhrenfisteln infolge Mastdarmverletzung, ferner Dammfisteln, Incontinentia urinae, gewöhnlich vorübergehender Natur, seltener Schwierigkeiten beim späteren Katheterisieren. Die Vernichtung der Zeugungsfähigkeit ist die Regel. Was die Miktion betrifft, so ist der therapeutische Erfolg am auffallendsten bei der chronischen vollständigen Urinretention, viel weniger konstant bei der chronischen unvollständigen Retention.

Bei der transvesikalen Prostatektomie ist die paraurethrale Ausschälung der Drüse der totalen Entfernung mitsamt der Harnröhre bei weitem vorzuziehen. Die Mortalität von 29 auf 244 Beobachtungen, also 12%, ist höher als bei der perinealen Operation (7,13%), und zwar weil die transvesikale Operation weniger typisch und mit mehr Zwischenfällen als die perineale verläuft, die suprapubische Drainage weniger wirksam ist als die cystoperineale, und die Operationswunde andauernd mit dem Urin in Berührung tritt. Dagegen sind die postoperativen Komplikationen bedeutend seltener als bei der perinealen Operation. Das therapeutische Resultat ist eher noch günstiger als bei der perinealen Operation.

Die Indikationen zur Prostatektomie ergeben sich zunächst aus dem Entwicklungsgange der Erkrankung. Der beste Zeitpunkt für die Operation ist der, wo an die Stelle rein kongestiver Störungen mechanische treten und die Retention beginnt. Bei der akuten Retention kommt die Operation nur dann in Frage, wenn die Krisen sich häufig wiederholen oder die normale Harnentleerung nur sehr langsam wieder eintritt. Bei der chronischen Retention sollte operiert werden, wenn der Katheterismus, z. B. infolge falscher Wege, schwierig wird oder ein aseptisches Katheterisieren aus irgendwelchen Gründen nicht zu erreichen ist. Bei Prostatavergrößerung ohne Retention solle man nur bei bestimmten Komplikationen: Blutung, Schmerzen, schwerer Cystitis operieren; bei Retention ohne fühlbare Vergrößerung kann die Entfernung selbst sehr kleiner Drüsen guten Erfolg haben. Bei Vergrößerung und gleichzeitiger Retention ist die Operation immer angezeigt, wenn die Symptome der Infektion oder Intoxikation sich zeigen.

Weder das Alter, noch der schlechte Allgemeinzustand, noch der Zustand der Blase und der Nieren bilden eine Gegenanzeige gegen die Operation.

Mohr (Bielefeld).

---

37) **Kraus** (Wien). Über den suprasymphysären Kreuzschnitt nach Küstner.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LII. Hft. 3.)

K. berichtet über 61 Laparotomien, bei welchen der suprasymphysäre Kreuzschnitt zur Anwendung kam. Küstner hat denselben bekanntlich angegeben, zurzeit aber wieder verlassen. Die suprasymphysäre Queröffnung, deren Vorteile für den Beckenchirurgen von Küstner und Pfannenstiel hinreichend klargelegt worden sind, wird von K. hauptsächlich aus kosmetischen Gründen bevorzugt. Die Narbe wird in den Schamhaaren unsichtbar. Der Querschnitt soll für alle gutartigen Neubildungen des Uterus und seiner Anhänge zur Anwendung kommen. Sämtliche 61 Frauen sind ohne Hernie genesen, etwas, was sehr für den suprasymphysären Eröffnungsschnitt spricht. — Dies deckt sich mit den Erfahrungen Pfannenstiel's, welcher mit seinem Schnitt 127 Laparotomien ohne Todesfall und weit über 250 ohne Hernienbildung erzielt hat. Die polemischen Auslassungen des Verf.s gegen den suprasymphysären Fascienquerschnitt, welcher die von K. für den Kreuzschnitt extra betonten Vorteile in gesteigertem Maße besitzt, wirken nach alledem wenig überzeugend und scheinen dem Ref. zu wenig objektiv.

Kroemer (Gießen).

---

38) **A. H. Goelet.** The gynecological importance of prolapsed kidney.

(New York med. record 1904. Oktober 22.)

G. macht im weiten Sinne die Wanderniere für allgemeine Kongestions- und Entzündungszustände bei Frauenleiden mit verantwortlich. Beim Herabsteigen wird die Ovarialvene, welche längs der Wirbelsäule heruntergeht, komprimiert und der Rückfluß behindert, besonders wenn das Korsett oder sonstige Einschnürung der Taille mitwirkt. Einige Beispiele werden angeführt und erwähnt, daß in 75% aller Lageanomalien der Niere Entzündung entweder des Beckens oder des Parenchyms festgestellt werden konnte.

Verf. hat 197 Nephropexien (darunter 47 doppelseitige) ohne Todesfall ausgeführt.

Loewenhardt (Breslau).

---

39) **Hofmeier.** Über angeborene und erworbene Verschlüsse der weiblichen Genitalien und deren Behandlung.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LII. Hft. 1.)

Die Arbeit H.'s, welche durch klare Zeichnungen die einzelnen Fälle instruktiv erläutert, bringt den Beweis, daß das konservative Verfahren für erworbene und angeborene Verschlüsse der weiblichen Geschlechtsteile durchführbar ist, ein Standpunkt, welchen bereits

Pfannenstiel und Halban vertraten. Wenn der Versuch, von der Scheide aus die Atresie zu durchtrennen und die Verbindung zwischen den getrennten Bezirken herzustellen, mißlingt, hält H. das von Pfannenstiel inaugurierte Verfahren für rationell. Es wird alsdann vom Bauch her — eventuell nach Ablösung der Blase — der verschlossene Uterus eröffnet, und der neu geschaffene Muttermund nach Bohrung eines neuen Weges nach unten mit dem Scheidenblindsacke bezw. mit der eingestülpten, verlängerten Vulvatasche vereinigt. Die Zukunft muß lehren, ob der neu geschaffene Genitalschlauch alle Funktionen, auch bei Schwangerschaft und Geburt, zu übernehmen imstande ist. Hinsichtlich der Ätiologie vertritt H. die Anschauung, daß auch bei angeborenen Entwicklungsanomalien, so z. B. bei Verdoppelung des Uterus, der Verschluß eines oder beider Uteri entzündlich erworben sein kann. Auffällig und mit der Theorie von Nagel und Veit nicht ganz vereinbar bleibt nach H. die Tatsache, daß bei sicher entzündlich erworbener Atresie nur eine Hämatometra ohne Hämatosalpinx sich ausbildet, und daß die Tuben frei von allen entzündlichen Veränderungen bleiben können. **Kroemer** (Gießen).

---

40) **Asch.** Sind Rezidive durch eine Methode der Prolapsoperation zu verhüten?

(Separatabdruck a. d. Verhandl. der Deutschen Gesellsch. f. Gynäkologie 1903.)

A. führt aus, daß als Rezidiv nicht gelten kann, wenn der Erfolg der Plastik erst nach einer neuen Entbindung wieder zurückgeht, bis dahin aber ein guter gewesen ist. Nur beim Wiedereintritt einer Retroversion muß man auch nach erneuter Entbindung von einem Rezidiv sprechen. Stets muß bei der Operation neben den scheidenverengernden Plastiken und dem Wiederaufbau des Dammes die dauernde Richtiglagerung des Uterus gewährleistet werden. A. bevorzugt dazu die Verkürzung der Ligamenta rotunda. Dabei darf der Uterus aber nicht, wie Vortr. schon öfters betont hat, der Symphyse soweit wie möglich genähert werden, sondern er muß der sich füllenden Blase ausweichen können. Dann legt A. großen Wert darauf, daß die Portio erhalten bleibt und nicht amputiert wird. Eine sich nach den Verhältnissen richtende Plastik der Cervix soll an die Stelle der Amputation treten.

Einer besonderen Operationsmethode als solcher redet A. nicht das Wort, die Methode soll vielmehr dem Einzelfall angepaßt werden. Die Allgemeinbehandlung, möglichste Beseitigung der Schädlichkeiten, ist nicht zu vergessen.

Was A.'s Resultate betrifft, so sind von 199 operierten Frauen 94% rezidivfrei geblieben, 98,5% sind völlig arbeitsfähig geworden.

E. Moser (Zittau).

---

41) **V. Meyer** (Leipzig). Über Adenomyoma uteri.

(Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. LIII. Hft. 1.)

Verf. bringt eine kritisch referierende Studie über die modernen Anschauungen betreffs der Histogenese der Adenomyome. Die Strukturverhältnisse dieser Geschwülste, ihre anatomischen und klinischen Eigentümlichkeiten sind durch v. Recklinghausen u. W. A. Freund bereits so klassisch geschildert worden, daß die Nachuntersucher (vor allem L. Pick und R. Meyer-Berlin) nur wenig Neues hinzufügen konnten. Hinsichtlich ihrer Entstehung hat sich jedoch die allgemeine Anschauung dahin geändert, daß man die Mehrzahl der Adenomyome als erworbene Mißbildungen betrachtet, ausgehend von Derivaten des Müller'schen Ganges (Endometrium und Myometrium), und die Beteiligung des Wolff'schen Ganges oder Körpers auf wenig Ausnahmen reduziert. Der spezielle, von M. beschriebene Fall bestätigt die alte Erfahrung, daß Adenomyome sich nicht zur Enukleation eignen, weil sie diffus in die Umgebung ausstrahlen. Sie lassen sich demnach nicht ausschälen. Auch in vorliegendem Falle wurde die Gebärmutter mit der Geschwulst von Menge durch Totalexstirpation entfernt. Der Fall illustriert trefflich die Notwendigkeit, sich vor jeder Operation eine möglichst weitgehende, allgemeine Vollmacht seitens der Pat. zu sichern und nicht eine zu spezielle, beschränkte Zusicherung zu geben.

Kroemer (Gießen).

---

42) **Henkel** (Berlin). Beitrag zur konservativen Myomchirurgie.

(Zeitschrift für Geburshilfe und Gynäkologie Bd. LII. Hft. 3.)

Wiederum tritt die Olshausen'sche Klinik in vorliegender Arbeit für die Vorteile der konservativen Myomchirurgie ein. Die gegen das Enukleationsverfahren eingewendeten Bedenken, es käme häufig zum Rezidiv und bei eintretender Schwangerschaft zur Gefahr der Uterusruptur, sind nach H. rein theoretisch konstruiert. H. hat von dem operativen Materiale der Olshausen'schen Klinik aus den letzten 5 Jahren 90 Frauen nachuntersucht, und zwar 40 Frauen nach der abdominalen Enukleation, 50 nach supravaginaler Amputation des Uterus. Bei den letzteren war mindestens ein Ovarium — meistens waren sogar beide erhalten worden. Das Resultat der objektiven Krankenexaminierung war überraschend. Die radikal Operierten klagten in einem hohen Prozentsatz über Ausfallserscheinungen. Nach Enukleationen waren solche nie aufgetreten. 5mal wurden nach dem konservativen Enukleationsverfahren Rezidive festgestellt, die jedoch keine Beschwerden machten. — H. hatte den Eindruck, daß die konservativ Behandelten psychisch sicher zufriedener waren als die Radikaloperierten. Zwei hatten nach der Enukleation empfangen, ausgetragen und normal entbunden, eine dritte war zur Zeit der Untersuchung im 3. Monat schwanger. H. rät, grundsätzlich das konservative Enukleationsverfahren zum Normalverfahren zu machen. Partielle Resektion

des Gebärmutterkörpers, ferner die Exzision der Geschwulstkapsel sollen die Operation abkürzen und die Blutstillung erleichtern. Als Nahtmaterial will H. nur Catgut angewendet wissen.

Kroemer (Gießen).

---

43) **B. Robinson** (Chicago). Arteria uterina ovarica. The utero-ovarian artery or the genital vascular circle.

Chicago, E. H. Colegrove, 1904.

Der bereits durch seine Studien über das Bauchfell und die Gefäßversorgung der weiblichen Geschlechtsteile bestens bekannte Verf. bringt in seiner breit angelegten Monographie eine vergleichend anatomische Studie über den Bau des Utero-Ovarial-Gefäßbogens, welchen er »the circle of B. Robinson« bezeichnet. Unter demselben versteht er den Bezirk der Art. spermatica, Art. uterina und Art. ligamenti rotundi seu spermatica externa jeder Seite mit dem zugehörigen Stück der Aorta bezw. Artt. iliacae und Art. epigastrica inferior, welche die Arkade rückwärts schließen. Die Arkade entspringt somit aus den eben erwähnten Stammgefäßen mit drei Füßen und bildet einen vollständigen Bogen, weil die Endausbreitung eines jeden Teilastes mit den Nachbararterien arteriell und nicht kapillär kommuniziert, so daß irgendein ausfallendes Segment sofort durch die Nachbarn retrograd versorgt wird. Die utero-ovarian artery betrachtet R. als Einheit und beschreibt diese als das sogenannte Spiralsegment des circle of B. Robinson. Die Lage der Arterie zum Harnleiter, der Verlauf im Ligamentum latum, sowie die Beziehungen zu Uteruskörper-, -hals und Scheide werden sorgfältig durch gute Zeichnungen gelungener Injektionspräparate erläutert. Die Arterie kreuzt den Harnleiter an drei Stellen: 1) an der hinteren Leibeswand, 2) im Ligament, 3) im Parametrium, und zwar verläuft sie stets ventral vor dem Harnleiter. Besonders instruktiv sind die Darstellungen von den reichen Gefäßverästelungen im Lig. latum und in der Ala vespertilionis, endlich die zahlreichen Anastomosen, welche die einzelnen Segmente jedes einzelnen, sowie beide Gefäßbögen untereinander verbinden; R. beschreibt sie als transversale, als vertikale und als dorsoventrale Anastomosen. Aus der Verlaufsrichtung der Uterinaäste ergeben sich als gefäßarme Bezirke am Uterus: die Seitenkante der Cervix und die Mittelzone des Corpus uteri. Die vom Verf. daraus gezogenen praktisch-chirurgischen Schlußfolgerungen für die Operation am myomatösen Uterus bringen nichts Neues. Seine Methode der vaginalen Totalexstirpation des Uterus bietet keine Vorteile. Die reich illustrierte Monographie bildet eine erwünschte Ergänzung zu dem Atlas von R. Freund: »Die Blutgefäße der normalen und kranken Gebärmutter!«

Kroemer (Gießen).

Kleinere Mitteilungen.

44) **Reiniger, Gebbert** und **Schall.** Elektro-medizinische Apparate und ihre Handhabung. 9. Auflage.

Erlangen 1905. LXIV u. 432 S.

Obiger Katalog ist wohl das Vollkommenste und Ausführlichste, was über elektro-medizinische Apparate bisher veröffentlicht worden ist. Dem Texte sind eine Unzahl erläuternder Zeichnungen eingeschaltet. In der Einleitung und dem technologischen Teile wird dem Arzt eine Art Repetition seiner physikalischen und chemischen Studien gegeben, soweit sie für das Verständnis der einzelnen Apparate nötig sind. In 16 großen Abschnitten des eigentlichen Kataloges werden dann die galvanische Elektrizität, Batterien und die Fehlerquellen bei ihrem Gebrauche, solche für Galvanokaustik, Endoskopie, weiterhin die Faradisation, elektrische Bäder, Franklinisation; sodann die Akkumulatoren, die Apparate zum direkten Anschluß an elektrische Lichtleitungen, die Elektromotoren, die sinusoidale Voltaisation, Röntgenstrahlen usw. in Wort und Bild vor Augen geführt. Zum Auffinden der zahlreichen Gegenstände und der technologischen Einzelheiten sind zwei ausführliche Sachregister, nämlich 1) für die Technologie, 2) für den eigentlichen Katalog, beigegeben. Das Werk kann jedem Arzte bestens empfohlen werden.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

45) Sammelbericht über die Röntgenbehandlung von chirurgischen und Hautkrankheiten im Jahre 1904.

Zahlreiche Mitteilungen in den allgemeinen medizinischen und den Fachzeitschriften, die betreffenden Abschnitte in neuen oder neu aufgelegten Lehrbüchern des Röntgenverfahrens lassen erkennen, daß die Radiotherapie, speziell die Röntgenbehandlung, im verflossenen Jahre nicht unwesentliche Fortschritte gemacht hat, nicht nur in der Breite des Anwendungsgebietes, sondern fast noch mehr in der richtigen Erkenntnis der Wirkungsweise der Röntgenstrahlen auf den lebenden Organismus. Natürlich hat auch die Verbesserung der Technik in allen Teilen der Röntgeneinrichtungen und das allgemeine Bekanntwerden der Heilwirkung der Strahlen zur Ausbreitung der Röntgentherapie beigetragen.

Die technischen Maßnahmen bei der Röntgenbehandlung haben sich besonders in der Form der Schutzvorrichtungen vervollkommnet, da immer mehr die Notwendigkeit solcher erkannt wurde. Die technischen Verbesserungen behandelte Rosenthal in einem Vortrag auf der Naturforscherversammlung (Über Erzeugung intensiver Röntgenstrahlen zu therapeutischen Zwecken). Holzknecht bringt eine durch theoretische, mathematische Untersuchung ausgezeichnete Abhandlung über die Strahlenverteilung in Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen VIII, Nr. 1. Während in früheren Jahren Unsicherheit herrschte über die Verwendung weicher und harter Röhren, hat sich im vergangenen Jahre durch die verschiedensten Beobachtungen und vor allem durch allgemeine Benutzung des Holzknecht'schen Chromoradiometers herausgestellt, daß es ganz allein auf die Verabreichung der nötigen Strahlenmenge ankommt. Je weicher eine Röhre ist, in um so kürzerer Zeit wird die nötige Menge erreicht, jedoch unter Verzicht auf tiefes Eindringen der Strahlen. Harte Röhren dagegen liefern weniger chemisch wirksame Strahlen von bedeutender Durchdringungskraft. Daher ist in jedem einzelnen Falle nach Bedürfnis zu wählen. (Rosenthal, s. o.) Durch das Chromoradiometer ist es auch möglich geworden, die Behandlung genau gleich zu gestalten und zu vergleichen, indem man die Anzahl der verabreichten »H« = Holzknecht'schen Einheiten angibt, während früher die Angaben von Stromstärke, Röhrenabstand u. dgl. gänzlich unzulänglich waren. (Angaben dieser Art werden aber auch heute noch vielfach gemacht! Ref.)

Die verschiedenen Autoren verfahren in der Verabreichung der Strahlenmenge ganz verschieden, indem ein Teil vorsichtig in mehr oder weniger häufigen Sitzungen mit längeren Zwischenpausen die nötige Wirkung erzielt, während andere, besonders die mit dem Chromoradiometer exakt messenden, die Sitzungen seltener, dafür aber mit desto größerer Strahlendosis, geben. Letzteres Verfahren wird besonders von Holzknecht angewandt (Phys.-med. Monatshefte 1904 Nr. 1: »Die Röntgentherapie«, aus »Physik. Heilmethoden in Einzeldarstellungen«, Wien, Deuticke, 1904). Man wird nicht fehl gehen, das letztere Verfahren als das zukünftig stets allgemeiner werdende zu bezeichnen.

Zum Schutze sind die verschiedensten Vorrichtungen in Gebrauch; jeder die Röntgentherapie verwendende Arzt wird heute wohl Bleischutz in irgendeiner Form anwenden. Bedecken mit einfachen Bleiplatten oder mit solchen, die einseitig mit Gummistoff überzogen sind, stanniolüberzogene Masken, Brillen mit Bleigläsern zum Schutze der Augen, Bleikisten, in welchen die Röhre eingeschlossen ist, Blenden aller Art, halbkugelige Ansätze mit verschiedenkalibrigen Röhren für den Strahlendurchlaß aus Blei oder Bleiglas sind angewandt. Auch eine Schutzmasse aus weichem Material ist empfohlen (Dessauer, »Einige Hilfsapparate und technische Maßregeln zur Anwendung der Radiotherapie«, Phys.-med. Monatshefte 1904 Nr. 8), deren Brauchbarkeit Ref. bestätigen kann.

Hand in Hand mit technischen Verbesserungen geht eindringende Forschung über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf den lebenden Organismus. Daß Einwirkungen stattfinden, war ja längst durch recht unliebsame Erfahrungen bekannt. Unserem Verständnis näher gebracht ist die Art der Wirkung wesentlich durch eine Arbeit von Schwarz in Pflüger's Archiv Bd. C), welche sich zwar auf Radiumstrahlen bezieht, deren Gültigkeit aber für die Röntgenstrahlen erwiesen ist. Er fand, daß das Lecithin durch die Strahlen zersetzt wird und erklärt die Einwirkung auf lebendes Gewebe durch diese Lecithinzersetzung. Durch sie wird besonders die elektive Wirkung der Strahlen auf embryonales, rasch wachsendes Geschwulstkeim- und Hautgewebe erklärlich; denn alle diese enthalten reichlichere Mengen Lecithin als andere Gewebearten.

Die Einwirkung auf das embryonale Gewebe während seiner Entwicklung hat Schaper (Deutsche med. Wochenschrift 1904 Nr. 39 u. 40) untersucht, ebenso Heineke (Münchener med. Wochenschrift 1904 Nr. 31), Perthes (Deutsche med. Wochenschrift 1904 Nr. 17) und eine Reihe anderer Untersucher, die alle anzuführen hier nicht der Raum ist. Aus allem geht aber hervor, daß die von Schwarz aufgestellte Voraussetzung, lecithinreiches Gewebe werde stärker angegriffen als daran armes, zutrifft, woraus hervorgeht, daß die Röntgenstrahlen eine elektive Wirkung haben: eine für die therapeutische Verwendung hochwichtige Tatsache.

Die Einwirkung der Strahlen auf pathologisches Gewebe, besonders lupöses und karzinomatöses, ist natürlich auch vielfach Gegenstand der Untersuchung gewesen; so hat u. a. Perthes festgestellt, daß das Krebsgewebe durch Einwirkung der Röntgenstrahlen degeneriert, von Leukocyten durchdrungen und schließlich durch Bindegewebe ersetzt wird; ähnliche Beobachtungen teilen Bruns (Therapie der Gegenwart 1904 Nr. 1) und Schiff (»Erfolge der Röntgentherapie«, Wien, Perles, 1904) mit. Lupöses Gewebe zerfällt. Ein Teil dieser Wirkungen wird auch einer Endarteriitis obliterans zugeschrieben (Baermann und Linser, Münchener med. Wochenschrift 1904 p. 994). Zerfällt durch starke Bestrahlung sehr viel krankhaftes Gewebe, so kann Fieber und sogar toxämischer Zustand auftreten, wie Beobachtungen der letzterwähnten und Haret's (Arch. d'electr. méd. 1904 Nr. 1) zeigen.

Wie im einzelnen bei den verschiedenen Krankheiten vorzugehen ist, wie groß die Strahlendosis sein muß, um Heilung herbeizuführen u. dgl., wird sehr kurz, knapp und übersichtlich von Holzknecht mitgeteilt (»Die Röntgentherapie«; aus »Physik. Heilmethoden in Einzeldarstellungen«, Wien, Deuticke, 1904), ebenso von Kienböck auf der Versammlung der Französischen Gesellschaft zur Verbreitung der Wissenschaften in Grenoble. Auch in den verschiedenen neu erschienenen und neu aufgelegten Lehrbüchern finden sich genauere Angaben über Radiotherapie,

so bei Gocht, Wiesner und Dessauer und anhangsweise im Buche von E. Ruhmer, »Konstruktion, Bau und Betrieb von Funkeninduktoren«. Von ausländischen Lehrbüchern sind besonders die amerikanischen hervorzuheben, weil dort die Röntgentherapie am längsten und ausgedehntesten geübt wird, so das von Beck, welches wohl am längsten sich mit dem Gegenstande beschäftigt hat, dann Pusey und Caldwell (»The practical application of the Roentgen-rays in the therapy and diagnosis«, Philadelphia, New York, London, Saunders & Co., 1904); auch in Frankreich ist ein gutes Werk erschienen von Belot (»La radiothérapie«, Paris, Steinheil, 1904, welches Ergebnisse jahrelanger Studien enthält.

Über folgende Krankheiten liegen Berichte vor:

1) Allgemeinerkrankungen: Leukämie.
2) Bösartige Geschwülste: Karzinome, Cancroide, Sarkome.
3) Hautkrankheiten aller Art.
4) Gelenkerkrankungen: Tuberkulose, Gicht, chronischer Rheumatismus.
5) Gutartige Geschwülste: Warzen, Myome, Fibrome.

Eine Heilung der Leukämie ist zuerst Senn gelungen; später sind von zahlreichen Beobachtern des In- und Auslandes Heilungen bezw. Besserungen, aber auch Mißerfolge, mitgeteilt. Ein näheres Eingehen auf diese eigentlich der inneren Medizin angehörenden Krankheit verbietet der Raum.

Bei weitem das größte Interesse beanspruchen an dieser Stelle die bösartigen Geschwülste aller Art, und über ihre Behandlung mit Röntgenlicht liegen aus dem letzten Jahre bei oberflächlicher Schätzung weit über 100 Mitteilungen vor. Auf der vorletzten Naturforscherversammlung warnte E. v. Bergmann vor einer Überschätzung der Heilwirkung der Röntgenstrahlen bei Krebsen. Aus den zahlreichen Mitteilungen scheint mir hervorzugehen, daß alle Beobachter auch ohne diese Mahnung sich bewußt waren, daß größte Vorsicht im Urteil über Dauerwirkung am Platze sei: die allermeisten stehen auf dem Standpunkte, nur inoperable Krebse durch diese Behandlung zu beeinflussen, ganz so, wie v. Bergmann geraten hat.

Von allen Krebsen am zahlreichsten sind Hautkrebse, unter diesen wieder hauptsächlich Gesichtskrebse behandelt. Aus den sehr zahlreichen Mitteilungen geht hervor: 1) daß die Hautkrebse (Ulcus rodens) am leichtesten von allen bösartigen Geschwülsten auf die Röntgenstrahlen reagieren, eher als die gesunde Umgebung; 2) daß schon eine verhältnismäßig niedrige Strahlendosis — wo sie in H angegeben, schwankt sie zwischen 5—12 — genügt, um den Geschwürsboden zu reinigen und reine Granulation bezw. Überhäutung herbeizuführen; 3) daß die Narbenbildung nach der Überhäutung kosmetisch außerordentlich befriedigend ist, was besonders bei den Hautkrebsen des Gesichtes in Betracht kommt; 4) daß manche Geschwülste der Art, welche ihrem Sitze nach (Augenlider) inoperabel wären, mit dem Röntgenverfahren mit geringfügiger funktioneller Störung der Nachbarorgane heilbar sind; 5) daß verhältnismäßig selten Rückfälle vorkommen, die dann übrigens auch noch gut durch Röntgenstrahlen beeinflußbar sind.

Als ein Hauptvorteil bei der Röntgenbehandlung, nicht nur beim Ulcus rodens, sondern auch allen anderen Geschwulstarten wird die schon nach wenigen Sitzungen eintretende Schmerzstillung hervorgehoben. Ob die mitgeteilten Heilungen wirklich endgültige sind, darüber muß die Zukunft entscheiden; denn die meisten sind noch zu kurz in der Dauer.

Während beim Ulcus rodens im allgemeinen die Meinungen doch dahin neigen, Dauerheilungen durch die Röntgenbehandlung anzunehmen, ist bei allen anderen Karzinomen die Skepsis sehr groß, und die verschiedenen Berichterstatter drücken sich in dieser Hinsicht recht vorsichtig aus: In keinem Fall ist geraten worden, die Karzinome primär mit Röntgenstrahlen zu behandeln; vielmehr sind sie stets nur als ultimum refugium bei inoperablen Geschwülsten oder bei gänzlich messerscheuen Kranken betrachtet. Dementsprechend sind natürlich auch die Ergebnisse viel weniger gute. Selbstverständlich wirkt darauf auch die obenerwähnte Eigenschaft der tiefer dringenden kalten Strahlen, weniger chemisch zu wirken, ein. Dennoch hat die Röntgenbehandlung von Krebsgeschwülsten verschiedenster Art und Sitzes recht erfreuliche Ergebnisse gehabt. Am meisten berichtet ist über

die Behandlung inoperabler Brustkrebse, alle anderen spielen eine nebensächliche Rolle. Diese Ergebnisse sind:

1) Selbst bei weit fortgeschrittenen Krebsen (speziell Brustkrebsen), einerlei ob geschwürig zerfallen oder verjaucht, lassen sich durch Röntgenstrahlen noch Besserungen, teilweise oder vielleicht sogar vollständige Heilungen erzielen. 2) Bei Krebsgeschwüren tritt nach den ersten Bestrahlungen zunächst stärkere Sekretion auf, die bei Fortsetzung bald nachläßt und von baldiger Überhäutung gefolgt ist. 3) Stets folgt schon den ersten Bestrahlungen Verminderung oder Schwinden der Schmerzen. 4) Das Allgemeinbefinden hebt sich dementsprechend in den meisten Fällen sehr bald. 5) Nicht nur die Geschwüre heilen ganz oder teilweise, auch das Krebsgewebe selbst wird mehr oder weniger zum Schwinden gebracht; und zwar nicht allein das der primären Geschwulst, auch Drüsen- und Hautmetastasen können günstig beeinflußt werden. 6) Als eine Gefahr bei Behandlung geschlossener Krebsgeschwülste, besonders bei deren rasch fortschreitender Verkleinerung, wurden gelegentlich toxämische Zustände beobachtet. 7) Wenn auch in den meisten Fällen keine endgültige Heilung erzielt wurde, so wurde der Mehrzahl der Kranken doch ganz bedeutende Erleichterung gewährt, ihr Allgemeinbefinden gebessert und das Leben auf Monate oder Jahre hinaus erträglich gestaltet, ein Erfolg, der sich bei der Schwere der mitgeteilten Fälle auf keine andere Weise hätte erreichen lassen. 8) Bei Krebsen innerer Organe: Magen-, Speiseröhren-, Gebärmutterkrebs, haben sich, der Tiefe des Sitzes entsprechend, keine besonders günstigen Ergebnisse erzielen lassen; nur bei verjauchten Uteruskarzinomen wurde, durch Bestrahlung nach Einführung eines Spekulums, Aufhören des Jauchens in einigen Fällen erzielt.

Den günstigen Erfolgen gegenüber darf nicht unerwähnt bleiben, daß einzelne Beobachter eine Reizung des Krebsgewebes zu schnellerem Wachstum gesehen haben wollen. Andere erklären diesen Reiz durch zu geringe Strahlendosis verursacht. **Trapp** (Bückeburg).

(Fortsetzung folgt.)

46) **S. Stern.** Unipolar X-ray.

(New York med. record 1904. September 24.)

S. hat handliche »unipolare« Instrumente konstruiert, um die Anwendung von Röntgenstrahlen in schwer zugänglichen Gegenden zu ermöglichen. Die Anordnung erscheint wie eine gewöhnliche verlängerte Hochspannungsröhre, ähnlich dem Oudin'schen Resonator, Anode und Kathode befinden sich an den Enden. Eine weitere scheinbare »Anode« gegenüber der Kathode hat keine Beziehung zur Außenseite der Tube und dient nur dazu, die Strahlen als Reflektor gegen den gewünschten Punkt zu richten. **Loewenhardt** (Breslau).

47) **M. Einhorn.** Radium receptacles for the stomach, oesophagus and rectum.

(New York med. record 1904. März 5.)

Beschreibung von Behältern zur Aufnahme des Radiums für die Anwendung am Magen, Speiseröhre und Mastdarm.

Es handelt sich um verschraubbare Glaskapseln, welche mit der Schlundsonde verbunden eingeführt werden oder nur, an einem Seidenfaden hängend (der Faden ist mit verschiedenen Knoten versehen, um die Entfernung zu kontrollieren), verschluckt werden können. **Loewenhardt** (Breslau).

48) **M. Einhorn.** Observations of radium.

(New York med. record 1904. Juli 30.)

In dem zweiten Artikel folgen neun Mitteilungen über die Behandlung von Karzinom des Ösophagus. Eine volle Heilung ist nicht zu verzeichnen, aber verschiedenfache Besserungen, was Schmerzen und Strikturen betrifft.

Auch die innere Durchleuchtung verschiedener Organe mit Radium (Mund,

Magen, Kolon und Lunge) wird besprochen. Hierzu verwendet E. sein Radiumdiaphanoskop, ein schlundsondenähnliches Instrument, am äußeren Ende mit einem Ballon versehen, um durch die vor der am unteren Ende sitzenden Radiumkapsel befindlichen Öffnungen Luft einblasen zu können. Es werden Radiumphotographien (mit 50 mg Radiumbromid von einer Million Stärke aufgenommen) abgebildet, sowie ein Kastenapparat beschrieben, um die Entfernung zu messen, in der auf einem Baryum-Platin-Cyanidschirm noch Licht zu sehen ist. Mit dieser Methode und mit photographischen Platten wurde festgestellt, daß Glas, Hartgummi und Zelluloid sich als Material für die Radiumkapseln wegen ihrer Durchlässigkeit gut eignen, und daß Luft die Strahlen am besten durchläßt.

Loewenhardt (Breslau).

49) **M. Pelagati.** Mycosis fungoides und Leukämie.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXXIX. Nr. 7.)

Die Mycosis fungoides wird noch immer in sehr verschiedener Weise aufgefaßt — von den einen als sarkomatöse Geschwulst, von den anderen als chronische Infektionskrankheit. Die Annahme, daß sie zu den leukämischen Krankheiten engere Beziehungen habe, ist schon wiederholt gemacht worden. Eingehender, als es bisher geschehen ist, versucht P. sie zu begründen, indem er von einem von ihm selbst genau untersuchten Fall ausgeht, in welchem er bei einer, wenngleich nicht ganz typischen, als Mykosis diagnostizierten Hautkrankheit einen Blutbefund erhob, der zum mindesten mit der Annahme einer myelogenen Leukämie vereinbar war, und in welchem auch die Autopsie für diese Diagnose sprach. Verf. faßt die Hauterscheinungen als Metastasen der Leukämie auf. So wenig mir diese Auffassung durch die vorgebrachten Befunde auch bewiesen erscheint, so sehr regen sie doch zu einer immer genaueren Untersuchung des Blutes bei allen Fällen von Mykosis an.

Jadassohn (Bern).

50) **Bottstein.** Drei Fälle von Pruritus nach Tabakgenuß.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXXIX. Nr. 10.)

Drei Fälle, bei denen Rauchen, und zwar besonders Pfeifenrauchen, einen starken Pruritus hervorrief, der nach Wiederaufnahme des Rauchens rezidivierte — eine für die Praxis gewiß wichtige Beobachtung. **Jadassohn** (Bern).

51) **Gaucher.** Sur un cas de mélanodermie papillomateuse on acanthosis nigricans.

(Ann. de dermat. et de syph. 1904. p. 559.)

51jähriger Pat. Schmutzigbraune Pigmentation im Nacken, an den Seiten des Halses, in den Achselhöhlen, auf den Handrücken, am Hodensacke, Damme, After und innerem oberem Drittel der Oberschenkel. Papillomatöse Wucherungen in den Achselhöhlen, an der Strekseite der Hände, Innenseite der Oberschenkel und am After. Orangengroße Geschwulst in der Magengegend. Aus der rapiden Abmagerung des Pat. und den kachektischen Symptomen stellt G. die Diagnose auf Magenkarzinom. **Klingmüller** (Breslau).

52) **Sondermann.** Saugtherapie bei Lupus.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XL. Nr. 1.)

Verf. hat einen Saugapparat konstruiert (Kühne, Sievers und Neumann, Köln-Nippes), welcher die Behandlung des Lupus durch Hyperämie, zu welchem Zwecke Bier Schröpfköpfe angewendet hatte, leicht ermöglicht. Zugleich kann mit heißem Wasser gespült werden. Erfahrungen scheint Verf. erst in einem Falle gemacht zu haben. **Jadassohn** (Bern).

53) **M. Saksaganski.** Zur Frage der Prostatektomie wegen Hypertrophie.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1904. [Russisch.])

S. machte in allen Fällen den Schnitt quer über den Damm (links) nach dem After (Kapsel? Ref.). Er eröffnete die Pars prostatica der Harnröhre, ließ die

Drüse vom Assistenten mittels Muzeux hervorziehen, führte den linken Zeigefinger in die Wunde ein und entfernte die Drüse stückweise mit der Schere. Die Blutung soll dabei so gering gewesen sein, daß keine Ligaturen gebraucht wurden. Durch die Wunde wurde ein Katheter in die Blase eingeführt, im übrigen tamponiert.

1) und 2) 59- resp. 56jährige Pat., die beide mit Dauerkathetern aufgenommen wurden. Die Operation verlief bei beiden glatt. Bei dem ersten wurde der Erfolg durch schwere (urämische?) Durchfälle beeinträchtigt, während bei dem zweiten ein voller Erfolg erzielt wurde. Er war vom 22. Tage an kontinent und urinierte vom 3. Tage an auf normalem Wege. Bei beiden entwickelte sich nach dem ersten Versuche, sie zu katheterisieren, eine rechtsseitige Epididymitis.

3) Der 64jährige Mann wurde trotz ausgesprochener »Urosepsis« operiert und ging nach 13 Tagen in tiefem Koma zugrunde. Die Sektion deckte schwere Veränderungen der Nieren auf.

V. E. Mertens (Breslau).

54) **A. Jordan.** Über Hautveränderungen bei Nierenkranken.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXXIX. Nr. 11.)

Es ist unzweifelhaft, daß namentlich in der deutschen Literatur die bei Nierenkranken auftretenden Hauterscheinungen wenig beachtet sind, während sie z. B. in der englischen eine ziemlich große Rolle spielen. Daß sie eine häufige Komplikation bei Nephritis darstellen, kann wohl keinesfalls behauptet werden — ebensowenig, daß bisher wirklich charakteristische Bilder bekannt sind. Weiteres kasuistisches Material ist also gewiß erwünscht. J. veröffentlicht zwei Fälle von Pruritus, einen von Furunkulose, zwei von Ekzem und einen von Gangrän bei Nephritis. Er ist überzeugt, daß auch bei den »albuminurischen Dermatosen« (wie bei den diabetischen) die Allgemeinbehandlung zur Heilung notwendig ist.

Jadassohn (Bern).

55) **W. Metcalf** and **H. Safford.** A case of carcinoma of the ureter apparently induced by a calculus lodged in its juxtavesical portion.

(Amer. journ. of the med. sciences 1905. Januar.)

Der Fall bietet allgemeines Interesse, weil es sich um die sehr seltene Lokalisation eines primären Karzinoms in einem Harnleiter handelt, und weil das Karzinom mit größter Wahrscheinlichkeit in Beziehungen zu einem im Harnleiter liegen gebliebenen Nierenstein stand in dem Sinne, daß der Nierenstein die Ursache zur Karzinombildung abgab.

Die Diagnose war bei dem 47jährigen Pat., der seit 22 Jahren an Bauchkoliken gelitten hatte, auf einen Harnleiterstein gestellt worden. Der Urin reagierte auffallenderweise nicht sauer, wie er es bei Anwesenheit von Nierensteinen zu tun pflegt, sondern alkalisch. Die Röntgenuntersuchung war ergebnislos geblieben. Die durch Lendenschnitt freigelegte Niere war sackartig vergrößert und wurde exstirpiert. Von dieser Operationswunde aus wurde dann der verdickte Harnleiter so weit wie möglich stumpf freipräpariert. Um auch den unteren Harnleiterteil freizulegen, wurde ein ileo-inguinaler Schnitt hinzugefügt und von dieser Wunde aus nach Ablösung des Bauchfelles der obere Harnleiterstumpf mit einer Kornzange nach unten gezogen. Die Verwachsungen des Harnleiters mit den Nachbargebilden waren von Abszessen durchsetzt. Die Harnleiterwand enthielt reichlich bröcklige, kalkige Massen. Beim Herabziehen riß der Harnleiter infolgedessen nahe der Blase ab. An der Rißstelle fand sich ein Stein. Die Operation wurde der allgemeinen Schwäche der Pat. wegen abgebrochen und die Wunde nach genügender Drainierung geschlossen.

In einer zweiten Sitzung, 4 Wochen später, wurde wegen erheblicher Kreuzschmerzen die Cystotomie vorgenommen. Die Blase zeigte sich gesund und wurde wieder verschlossen. Nach Eröffnung des Bauchfelles fand sich eine Geschwulst, die sich von der Rißstelle des Harnleiters bis an das Promontorium erstreckte. Der größte Teil der Geschwulst konnte entfernt werden. Pat. ging nach einigen Wochen zugrunde.

Unter den in der Literatur beschriebenen sechs Fällen von primären Harnleitergeschwülsten findet sich nur einer, wo ein an der Stelle der Geschwulst gefundener Stein mit der Geschwulstbildung in Zusammenhang gebracht wird. M. empfiehlt bei Verdacht auf Harnleitergeschwulst mittels eines lumbo-ileo-inguinalen Schnittes Niere und Harnleiter freizulegen. Findet sich eine Harnleitergeschwulst, so wird außer ihr meist auch die hochgradig veränderte Niere mit wegzunehmen sein.

Die exstirpierte Niere und der Harnleiter mit der Geschwulst sind genau histologisch untersucht worden. An der Stelle, wo der 1,25 g schwere Harnleiterstein gesessen hatte, bot die Harnleiterschleimhaut das Bild eines Adenokarzinoms. Auffallend war die zottige Beschaffenheit der Schleimhaut vom Nierenbecken an bis an die Stelle des Harnleiters, wo die Geschwulstbildung einsetzte. Im Harnleiter waren die Zotten baumartig verästelt. Die Zottenbildung und die Entwicklung der Geschwulst werden auf die irritative Einwirkung des Steines zurückgeführt, der aus dem Nierenbecken in den Harnleiter gewandert ist.

Läwen (Leipzig).

56) C. W. Wille. A contribution to the surgery of nephritis. Report of case.

(New York and Philadelphia med. journ. 1904. Oktober 22.)

Ein 18jähriger Pat. mit subakuter Nephritis, anscheinend seit 4 Wochen im Anschluß an Influenza bestehend, wird über 2 Monate lang ohne jeden Erfolg intern behandelt. Dann Enthülsung der rechten Niere: entschiedene Besserung; 3 Wochen darauf Enthülsung auch der linken Niere: weitere Besserung, besonders auch im Allgemeinbefinden, das vor der Operation durch die interne Behandlung nicht hatte beeinflußt werden können. Tägliche Eiweißmengen vor der ersten Operation $4^1/_2$—$13^1/_2$ g, durchschnittlich 8,4 g; zwischen den beiden Operationen 2,6 bis 4,9 g, durchschnittlich 4 g, also Abnahme um $4^1/_2$ g; nach der zweiten Operation allmähliches Sinken auf $^1/_2$ g = $^1/_4$‰. Die erst sehr zahlreichen Zylinder waren zum Schluß sehr spärlich. **Lengemann** (Bremen).

57) Barette. Epithélioma de la muqueuse de l'isthme utérin et hématomètre. Petit fibrome de la paroi postérieure. Hystérectomie abdominale totale.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1095.)

Der 62jährige Pat. bemerkte seit 2 Jahren einen geringen rötlichen Ausfluß, später erst geringe, dann heftige Schmerzen; Abmagerung. Eine eiförmige große Geschwulst reichte bis fast zum Nabel; die Portio der Gebärmutter ließ nichts Auffallendes erkennen. Auf Grund der Diagnose »Uterussarkom« machte B. die abdominale Totalexstirpation des Uterus. Die nähere Untersuchung ergab eine durch Verschluß des Isthmus durch ein Karzinom verursachte Hämatometra und in der hinteren Wand der Gebärmutter ein nußgroßes Fibrom. Dies veranlaßt B. zu folgender Bemerkung: Hätte es sich um eine 10 Jahre jüngere Frau gehandelt und wäre das Fibrom entsprechend größer gewesen, so würde eine abdominale Myomektomie mit Zurücklassen der Cervix dem Fortwuchern des Karzinoms nicht Einhalt getan haben, und es wäre dann die Vermutung entstanden, der zurückgelassene Cervixstumpf sei nachträglich karzinomatös entartet, während die Totalexstirpation vielleicht radikale Heilung gebracht hätte. **Reichel** (Chemnitz).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

// Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 12. Sonnabend, den 25. März. 1905.

(Aus der chirurgischen Abteilung des Herzoglichen Krankenhauses zu Braunschweig: Oberarzt Prof. Dr. Sprengel.)

Zur Korrektur des kongenitalen Klumpfufses.

Von

Dr. **Nobe,** Assistent.

Die Schwierigkeiten des Klumpfußredressements beruhen, wie bekannt, vorwiegend in zwei Momenten: einmal darin, daß man — namentlich bei kleinen Kindern — an einem kurzen, wenig Halt bietenden Gliede, also an einem kurzen Hebelarme, arbeiten muß, und andererseits darin, daß es — wiederum namentlich bei kleinen Kindern — Schwierigkeiten bereitet, das, was das Redressement erzielt hat, durch den Verband dauernd zu fixieren.

Dem ersteren Übelstande sucht man neuerdings durch die bekannten, an langen Hebeln befestigten, stellbaren Griffapparate zu begegnen, welche die modellierende Hand zwar nicht ersetzen, aber gut unterstützen. Man kann sich aber, wenn man sie nicht zur Verfügung hat, recht gut auch durch einen Handgriff helfen, den Prof. Sprengel seit längerer Zeit beim Redressement der Klumpfüße benutzt, und der ebenfalls nach dem Prinzip des langen Hebelarmes wirkt. Dieser Griff besteht darin, daß man den nach Möglichkeit modellierten und, sozusagen, aufgerollten Klumpfuß breit mit der Sohle auf eine Tischplatte setzt und nunmehr nicht den mobilen Fuß gegen den fixierten Unterschenkel, sondern umgekehrt den mobilen Unterschenkel gegen den fixierten Fuß als Hebel benutzt.

Man kann auf diese Art begreiflicherweise eine sehr große Gewalt ausüben, während der Fuß sich nur um so fester auf der Unterlage anstemmt.

Das Verfahren ist sehr geeignet, das, was man durch die modellierenden Bewegungen seiner Hände erreicht hat, für 5—10 Minuten, oder länger, festzuhalten, und kann — wie nebenbei bemerkt sei — sehr gut auch in der weiteren Nachbehandlung der geheilten Klumpfüße seitens der leicht zu instruierenden Angehörigen verwendet werden.

Die nebenstehenden schematischen Abbildungen werden veranschaulichen, was ich meine, und eine ausführliche Darstellung unnötig machen.

Bis vor kurzem pflegten wir, nachdem das möglichste in der Korrektur erreicht war, als fixierenden Verband die von Sprengel im Jahre 1896 angegebene Blechsohle in der üblichen Weise anzulegen, indem der von einem Assistenten gehaltene Fuß gegen die Blechsohle mit ein paar Pflasterstreifen fixiert und dann — sammt der Blechsohle — mit Gipsverband versehen wurde.

Das involvierte selbstverständlich, daß der Fuß von der Tischplatte abgehoben, also seines sichersten Stützpunktes beraubt wurde, und wir bemerkten nicht selten zu unserem Leidwesen, daß es nicht vollkommen gelang, namentlich die Fersenpartie der Sohle gegen die Blechplatte zuverlässig zu fixieren; sie wich im Verbande von derselben ab, und ein guter Teil des Erfolges wurde dadurch in Frage gestellt.

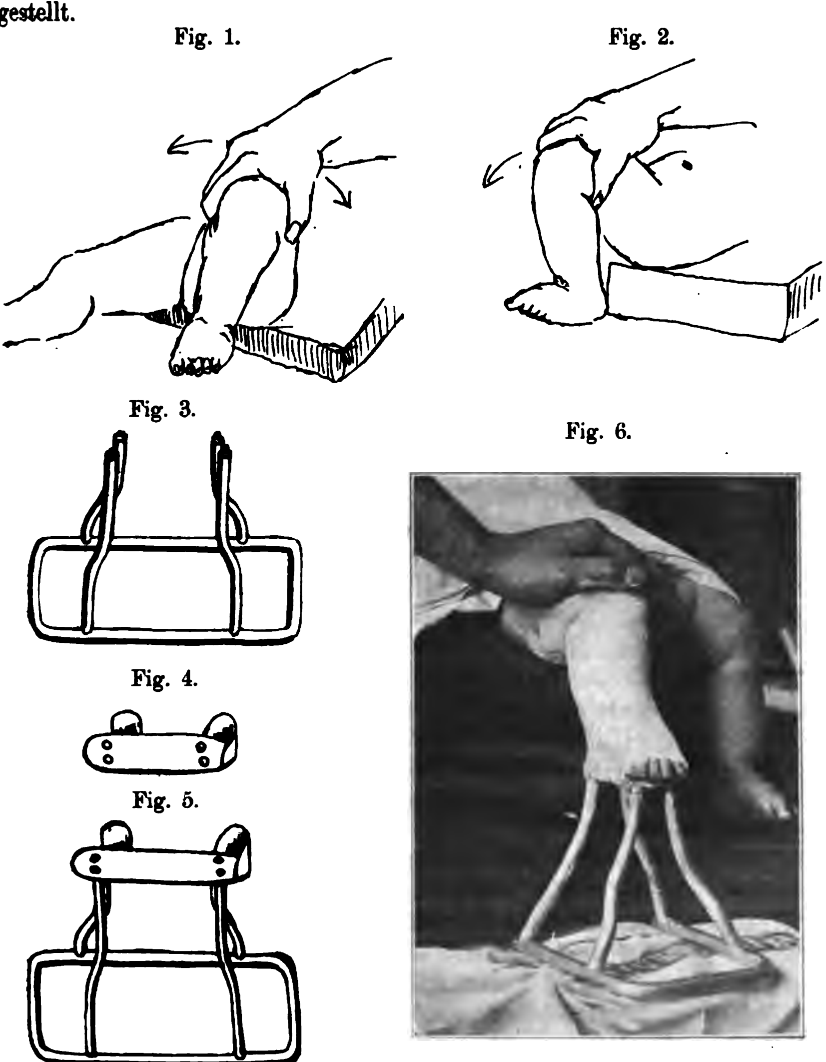


Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3. Fig. 4. Fig. 5. Fig. 6.

Um diesem Übelstande abzuhelfen, bin ich auf die Idee gekommen, sozusagen die Blechplatte auf ein Stativ zu stellen, das nur während des Anlegens des Verbandes im Gebrauch bleibt und nach Vollendung desselben wieder entfernt wird. Cf. obenstehende schematische Abbildungen.

Der Apparat stellt eine kleine eiserne Bank mit abnehmbarer Platte dar. Als Platte dieser Bank dient die Sprengel'sche Blechsohle mit dem vorspringenden Rand an der Ferse und einer kleinen Blechzunge an der Innenseite (etwa der Höhe des Köpfchens vom Metatarsus I entsprechend). Diese Blechsohle, von der verschiedene Größen angefertigt sind, trägt nun — neben kleineren Löchern für eine den auskleidenden Filz befestigende Naht — vier rundliche Öffnungen, in welche die nach oben zapfenförmigen Enden der vier Beine des Bänkchens passen.

Die Anwendung erhellt leicht aus umstehendem Bilde (Fig. 6). Nachdem das Redressement (eventuell in Narkose) ausgeführt und der Fuß durch den beschriebenen Handgriff möglichst mobilisiert worden ist, wird die Unterlage des Kindes um zwei Operationskissen (etwa der Höhe des Bänkchens entsprechend) erhöht und der Fuß bei gebeugtem Knie in charakteristischer Stellung in die mit Filz ausgekleidete Blechsohle auf dem Bänkchen gesetzt. Einige umgelegte Heftpflasterstreifen erzielen noch einen besseren Halt. Hierauf wird Fuß und Unterschenkel eingegipst und nach Trockenwerden des Gipses der Fußteil des Bänkchens leicht abgehoben, während dessen Platte als Blechsohle im Gipsverbande verbleibt. Noch eine übergelegte Gipsbinde verschließt endlich die vier Öffnungen in der Blechsohle und gibt dem Verbande ein abschließendes, gefälliges Aussehen.

Wir legen Wert darauf, daß der Gipsverband direkt auf die Haut aufgelegt wird, um auch die geringste Bewegungsfreiheit des redressierten Fußes zu verhindern. Wir haben hiervon — abgesehen von einigen geringen und schnell heilenden Druckstellen — keine Nachteile gesehen. Natürlich bleiben die Kinder einen Tag lang noch in unserer Beobachtung, damit event. Kreislaufstörungen rechtzeitig Abhilfe verschafft werden kann. Auch werden die Mütter unterwiesen, auf etwaige diesbezügliche Veränderungen an den freigebliebenen Zehen zu achten und — falls erforderlich — sogleich den Verband vom nächsten Arzte entfernen zu lassen. Doch haben wir bisher — wie schon erwähnt — keinerlei schlechte Erfahrungen in dieser Beziehung gemacht.

Die Kinder verlassen am zweiten Tage unsere Behandlung; sind sie schon gehfähig, so laufen sie mit ihrem Gipsstiefel 4 Wochen lang zu Hause umher. Dann kommen sie erneut zu uns, der Verband wird entfernt, der Fuß wird gebadet, und es werden während eines Tages von der Mutter unter unserer Aufsicht die redressierenden Übungen mit dem oben beschriebenen Handgriffe angestellt. Darauf wird ein neuer Fixations-Gipsverband, genau wie das erstemal, mit oder ohne Narkose, angelegt, und nach 24stündiger Beobachtung verläßt uns das Kind auf weitere 4 Wochen, nachdem die Mutter erneut angewiesen ist, auf das Aussehen der Zehen zu achten.

Auf eine Erörterung prinzipieller Fragen in der Klumpfußbehandlung einzugehen, ist hier nicht der Ort. Doch möchten wir bemerken, daß das beschriebene Verfahren nicht sowohl der Behand-

lung klumpfüßiger Kinder unmittelbar nach der Geburt als vielmehr gegen den Schluß des ersten Lebensjahres seine Entstehung verdankt und für diese Zeit auch wohl erst seinen eigentlichen Wert hat.

Wir haben die Misère der Klumpfußbehandlung während des ersten Lebensjahres namentlich in den armen und unintelligenten Bevölkerungskreisen zu häufig kennen gelernt, um nicht, je zuverlässiger unser Korrektionsverfahren geworden, desto häufiger von jenem Grundsatze abzuweichen.

---

1) **Fraenkel.** Untersuchungen über die Moeller-Barlow-sche Krankheit.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VII. Hft. 5 u. 6.)

Verf. gibt zunächst die Krankengeschichten von 9 Fällen Moeller-Barlow'scher Krankheit, welche mit Ausnahme eines Falles in der kurzen Zeit von 8 Monaten im Allgemeinen Krankenhause Hamburg-Eppendorf zur Beobachtung und Sektion gelangten. Dabei geht Verf. auf das genaueste auf die klinischen wie anatomischen Befunde ein und kommt auf Grund dieser zu folgenden im großen und ganzen mit den Ergebnissen anderer Autoren übereinstimmenden Schlüssen: Es läßt sich nicht mit Bestimmtheit feststellen, ob die Jahreszeit mit der Moeller-Barlow'schen Krankheit in kausalem Zusammenhange steht. Die kälteren Jahreszeiten scheinen jedoch bevorzugt zu sein. Eine »deutliche Präponderanz« eines der beiden Geschlechter konnte Verf. nicht konstatieren. Das Alter der erkrankten Kinder stimmt mit dem von anderen Autoren (Heubner, Hirschsprung) angegebenen beinahe vollkommen überein (zwischen 4.—24. Lebensmonate). Kinder der besser situierten Klassen scheinen von der Krankheit häufiger betroffen zu werden, als Kinder der ärmeren Bevölkerungsklassen.

Die Diagnose ist häufig recht schwierig und oft erst durch die Sektion zu stellen, da die für Schulfälle typische Trias der Symptome: Blutungen speziell am Zahnfleisch, Schmerzen bei Bewegungen, Anschwellungen der Gelenkgegenden, besonders an den Knien, bei Freibleiben der Gelenke selten ganz sich vorfindet. Besonders das letztgenannte Symptom fehlte in allen Fällen des Verf.; häufiger finden sich die Blutungen an der Haut, speziell am Zahnfleisch; doch werden diese nur bei Kindern getroffen, deren Kiefer bereits Zähne trägt. Ein wichtiges Symptom ist eine auffallende Blässe der kranken Kinder. Gegenüber der klinischen Diagnose ist die am Leichentische meist sehr leicht. Vor allem gestattet die mikroskopische Untersuchung die Moeller-Barlow'sche Krankheit mit Sicherheit zu erkennen. In Übereinstimmung mit Nauwerk, Schödel u. a. fand Verf. als hauptsächlichste Veränderung, daß an den Knorpelknochengrenzen an Stelle des zellreichen, lymphoiden Markes ein zellarmes, aus einer homogenen Grundsubstanz bestehendes Gewebe, das sogenannte Gerüst- oder Stützmark (Nauwerk) tritt. Dadurch wird zugleich eine

Verdünnung der Corticalis der Diaphysenenden herbeigeführt, so daß der Knochen an dieser Stelle äußerst brüchig wird und oft durch das geringfügigste Trauma die schwersten Veränderungen erleidet. Durch plötzlichen Zusammenbruch des Knochens kann es zu großen subperiostalen Blutungen kommen; meist jedoch sind die im Knochensystem auftretenden Blutungen (nach Schödel, Nauwerk, Verf.) als Zeichen einer für die Moeller-Barlow'sche Krankheit charakteristischen hämorrhagischen Diathese zu betrachten.

In der Frage über den Zusammenhang zwischen Rachitis und Moeller-Barlow'scher Krankheit weicht Verf. von der Ansicht Nauwerk's, welcher letztere als Krankheit sui generis leugnet, ab und faßt seine Ansicht dahin zusammen, »daß er die Moeller-Barlow'sche Krankheit als eine durchaus eigenartige Affektion betrachte, welche in der Mehrzahl der Fälle sich auf dem Boden einer bereits bestehenden, meist leichteren, bisweilen auch höhere Grade aufweisenden Rachitis entwickelt, die indes in seltenen Fällen auch völlig unabhängig von jeder anderen Skeletterkrankung, d. h. an vorher unveränderten Knochen entsteht«. Ein Zusammenhang mit Syphilis congenita besteht nicht.

Die Prognose ist nicht ungünstig (90% Heilung). Bei den nicht zur Sektion kommenden Fällen bilden die Röntgenstrahlen ein wertvolles Unterstützungsmittel der Diagnose. Als konstanten Befund konnte Verf. sowohl am Präparat als am lebenden Kinde, besonders deutlich an den unteren Extremitäten, einen eigentümlichen, der jüngsten Zone des Schaftes angehörigen, verschieden breiten Schatten im Röntgenbilde feststellen. Alle anderen Befunde sind inkonstant und nicht beweisend.

Als Therapie hat sich die von Barlow angegebene, »antiskorbutische Diät« vorzüglich bewährt. Antirachitische Behandlung ist völlig nutzlos.

Am Schluß seiner ausgezeichneten Arbeit gibt Verf. noch eine kurze Erklärung der beigefügten Abbildungen. **Gaugele** (Breslau).

---

2) **H. Schloffer.** Über die Aufgaben des chirurgischen Unterrichtes.

(Prager med. Wochenschrift 1904. Nr. 7—9.)

In dieser sich eingehend mit der chirurgischen Ausbildung des Mediziners beschäftigenden Antrittsvorlesung bei der Übernahme der Innsbrucker Klinik berührt S. namentlich auch die Frage der Operationshandschuhe. Er betont besonders den großen Nutzen der bereits früher von ihm empfohlenen (d. Blatt 1899, Bericht über den Chirurgenkongreß p. 24) antiseptischen Lederhandschuhe nach Wölfler bei größeren reinen Operationen (exkl. Bauchhöhle), für welche aus technischen Gründen Gummihandschuhe nicht verwendbar sind. Es sind dies rohlederne Handschuhe, die, in hochprozentiger Lysollösung aufbewahrt, vor dem Gebrauch in schwächerer Lysol- oder Sublimat-

lösung ausgewaschen werden. Sie erschweren den Übertritt von Keimen von der Hand in die Wunde ganz bedeutend und verdienen deshalb den Vorzug vor den aseptischen Zwirnhandschuhen, die schon nach kürzerer Operationsdauer selbst Bakterien enthalten. An den drei großen Gruppen der Brustdrüsenamputation, Hernien-Radikal- und Kropfoperationen wird die Besserung der Heilerfolge in der Wölflerschen Klinik seit Einführung der Handschuhe (1898) nachgewiesen. Die Zahl der Heilungen per primam stieg bei den ersteren von 83% auf 93%, bei den Bruchschnitten von 65% auf 96%, bei den Kropfoperationen von 67% auf 91,4%. **Gutzeit** (Neidenburg).

---

3) **Credé.** Wie wirkt Collargol?

(Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1904. Nr. 20.)

4) **Georgi.** Über die Bedeutung der Silberbehandlung für die ärztliche Praxis.

(Ibid.)

Der Begründer der Silberbehandlung und sein Schüler G. berichten in diesen Aufsätzen über die Theorie der Silberwirkung und ihre praktische Verwertung.

Neben der bakteriziden Kraft des löslichen Silbers ist neuerdings von Rodsewicz in Petersburg noch eine Vermehrung der großen vielkernigen Leukocyten nach subkutaner und intravenöser Darreichung des Mittels für die Dauer von etwa 24 Stunden beobachtet. Schade hat außerdem die elektrokatalytische Kraft der Metalle, die besonders bei kolloidalen Formen auch im lebenden Körper zur Wirkung gelangt und eine energische Oxydationsbeschleunigung zur Folge hat, zur Erklärung der günstigen Beeinflussung vieler Krankheiten durch das Collargol herangezogen. Wenn auch damit die Frage der Collargolwirkung noch nicht erschöpfend klargelegt ist, so hält C. diese neuen, anscheinend unanfechtbaren Tatsachen wohl für geeignet, die bisherigen Vorstellungen darüber zu ergänzen.

G. gibt eine Übersicht über die geschichtliche Entwickelung der Silberbehandlung und bespricht die Anwendung des Collargols in Form von Streupulver, Tabletten, Salbe, Paste, Lösung, in Stäbchen, Suppositorien, Klysmen und Pillen, sowie die damit erzielten Erfolge. Die Bedeutung des Mittels faßt er in die Worte zusammen: »Collargol kann als Prophylaktikum und als äußeres und inneres Desinfiziens benutzt werden. Unter Benutzung dieses so wirksamen und unschädlichen Mittels werden die Aussichten chirurgischer Eingriffe und Verletzungen wesentlich gebessert. Die Silberbehandlung mit Collargol ist die einzige Behandlungsart, die jedes andere Antiseptikum unnötig macht und daher für den praktischen Arzt auch das denkbar einfachste Verfahren darstellt. **Gutzeit** (Neidenburg).

---

5) **Reichardt** (Würzburg). Über akute Geistesstörung nach Hirnerschütterung.

(Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 61.)

Die Geistesstörungen nach Hirnerschütterung von denen nach Kopfverletzungen absondernd, betont R., wie vorsichtig man den ursächlichen Zusammenhang beurteilen soll. Bei den verhältnismäßig seltenen traumatischen Hirnschädigungen treten »wechselreiche Krankheitsbilder mit Stupor-, Melancholie-, Katatonie- und ähnlichen Zuständen ein, doch entsprechen diese Erscheinungen durchaus den bei anderen organischen Hirnkrankheiten (Paralyse, Hirntumor, arteriosklerotische Hirndegeneration) beobachteten gleichen Symptomen. Mit der echten Melancholie, Katatonie haben sie nichts zu tun«.

Zum psychischen Trauma (Schreck) bemerkt er, daß noch kein Fall bekannt, in welchem ein einmaliger Schreck bei einem kurz vorher notorisch gesunden Individuum eine echte, länger dauernde Geisteskrankheit verursacht habe. Wohl aber komme Schreck als auslösendes Moment bei Prädisponierten in Betracht.

Eine »leichte« Hirnerschütterung könne klinisch rasch und vollständig ausheilen; doch finde man nicht selten nach Jahren bei der Sektion Kontusionsherde an der Basis der Stirn und an der Spitze des Schläfelappens. Besonders zu achten sei auf Defekte der Intelligenz, in erster Linie des Gedächtnisses nach Hirnerschütterung. Akute Psychosen äußern sich in Dämmerzuständen, deliriumartigen, aphasischen und asymbolischen Zuständen, die zuweilen ausheilen, oft in dauernde Demenz ausgehen. Drittens kommt es oft zu Charakterveränderungen, Reizbarkeit, Alkoholintoleranz, geistiger Schwäche, die schließlich unter dem Bilde einer Paralyse oder schweren arteriosklerotischen Hirndegeneration in Schwachsinn ausgehen können.

Verf. berichtet des weiteren über 6 Beobachtungen aus der Rieger'schen Klinik und erwähnt auch den interessanten Bericht, den Fürst Bismark über seinen Sturz mit dem Pferde und die eigenartige Seelenstörung danach gibt (in Moritz Busch, Graf Bismark).

R. sieht in den akuten transitorischen Erkrankungen nach Hirnerschütterungen, bei denen Desorientiertheit, Seelenblindheit, Asymbolie, Störungen der Laut- und Schriftsprache die Regel war, akute, oft reparable anatomische Veränderungen der betreffenden Hirnrindengebiete. Die exogene Ursache allein unterscheidet diese Geistesstörungen von den klinisch ganz gleichartig verlaufenden endogenen. Akute und chronische Alkoholvergiftung und sonstige Intoxikationen vermögen wahrscheinlich auf längere Dauer und ungünstigere Prognose einen Einfluß zu haben. **Stolper** (Göttingen).

---

6) **Sondermann.** Eine neue Methode zur Diagnose und Therapie der Nasenerkrankungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 1.)

Die Methode besteht darin, daß durch einen auf die Nase aufgesetzten Luftsaugeapparat, der die Nase luftdicht mittels einer Maske

abschließt, während der Luftabschluß nach dem Rachen hin durch Aussprechen des Vokals i oder durch einen Schluckakt geschieht, in der Nasenhöhle eine Luftverdünnung erzeugt wird. Hierdurch wird das in der Nase bezw. in ihren Nebenhöhlen befindliche Sekret angesaugt und eine die Heilung begünstigende Hyperämie der Schleimhaut angeregt. S. glaubt mit diesem immer lange Zeit täglich mehrmals angewandten Verfahren in über 100 Fällen eine erhebliche Besserung der verschiedenartigsten Affektionen der Nasen- und Nasen-Nebenhöhlen, besonders auch der Ozaena, herbeigeführt zu haben. In diagnostischer Hinsicht ist die Methode nach S.'s Ansicht dadurch wertvoll, daß nach vorheriger Reinigung der Nasenhöhle angesaugte reichliche Mengen schleimigen oder schleimig-eitrigen Sekretes auf Herkunft desselben aus einer Nebenhöhle hinweisen. Nachteilige Folgen sind vom Verf. nie beobachtet worden. **Kramer** (Glogau).

---

7) **F. Kretschmann** (Magdeburg). Beitrag zur Operation des Kieferhöhlenempyems.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 1.)

K. legt zunächst einen Schnitt, von der Mittellinie beginnend, parallel dem Zahnfleischsaume des Oberkiefers und bis zum zweiten Molaris reichend, an, durchtrennt Schleimhaut und Periost, setzt sodann auf die Endpunkte dieses Schnittes je einen senkrechten, löst den Schleimhaut-Periostlappen nach oben, bis die Apertura pyriformis zutage tritt, und nunmehr von dem lateralen Pfeiler der letzteren die Schleimhaut bis über den Boden der Nasenhöhle und über die laterale Begrenzungswand zwischen Nasen- und Kieferhöhle ab. Jetzt wird mit dem Meißel die letztere eröffnet, die bukkale Wand des Knochens fortgenommen, dann die mediale Wand der Höhle entfernt und nach Entleerung der Sekrete von der Nase aus durch die geschaffene Knochenlücke ein Gazetampon in das Antrum eingeführt, dessen Schleimhaut indes nicht ausgekratzt wird. Die bukkale Schleimhautwunde heilt auch ohne Naht in verhältnismäßig kurzer Zeit. Die Tamponade wird nach genügender Rückbildung der Antrumschleimhaut, d. i. nach ca. 3—4 Wochen, fortgelassen. — Wenn nötig, kann durch Abmeißlung der vorderen medialen Kante und der dieselbe bildenden Seitenwände des Oberkieferkörpers der Zugang zum Antrum noch vergrößert werden, da nach den Erfahrungen Friedrich's eine Entstellung bei Wegnahme des lateralen Pfeilers der Apertura pyriformis nicht eintritt. **Kramer** (Glogau).

---

8) **J. Hutchinson jun.** The surgical treatment of facial neuralgia.

London, **J. Bale, sons and Danielsson,** 1905. 151 S. 22 Fig.

Verf. bespricht zunächst den Wert einer exakten Diagnose der epileptiformen Trigeminusneuralgie und weist darauf hin, daß Blut-

erkrankungen (Anämie, auch Malaria), Neuritis (Herpes, Tabes) und lokalisierte pathologische Prozesse, wie Caries dentium, Lues und Iritis hinter dem Bilde einer Neuralgia major verborgen sein können.

Folgende Punkte werden für die typische Trigeminusneuralgie geltend gemacht:

Der Sitz der Neuralgie ist fast ausnahmslos einseitig. — Die Neuralgie beginnt entweder im zweiten oder dritten Ast, um dann sich auf beide zu erstrecken. — Die beiden letztgenannten Äste werden in 60% zusammen befallen; alle drei nur in 25%. Das Ergriffensein des ersten Astes ist meist eine Irradiation.

Mit den Anfällen gehen oft Spasmen der Gesichtsmuskulatur einher.

In prognostischer Hinsicht ist Verf. nur ein Fall von Billroth bekannt, welcher spontan ausheilte.

Das mikroskopische Bild des erkrankten Nerven und Ganglion unterscheidet sich in nichts von dem des normalen Gewebes. Beschriebene pathologische Veränderungen mögen auf vorausgegangene extrakranielle Operationen zurückzuführen sein. Interessant ist die Zusammenstellung von zehn Geschwülsten, welche teils vom Ganglion selbst, teils von der Dura oder dem Knochen ausgingen.

Was die operative Behandlung der Neuralgie der einzelnen Äste anlangt, so empfiehlt Verf. bei inkomplizierter Infraorbitalneuralgie die extrakranielle Resektion dieser Nerven, welche er intrakraniell vorgenommen wissen will, sobald die Rami palatini mit betroffen sind. Ist nur der Unterkieferzweig ergriffen, so genügt die Resektion desselben durch Trepanation des Kiefers. Bei Affektion des Auriculo-temporalis jedoch muß der dritte Ast mit dem anliegenden Teile des Ganglion Gasseri reseziert werden. — In allen Fällen, in welchen zwei Hauptäste des Trigeminus erkrankt sind, sollte die Exzision des Ganglion, wie sie Verf. modifiziert, vorgenommen werden.

Verf. ist also ein Gegner der unbedingten Exstirpation des Ganglion Gasseri und hält eine Exzision mit Schonung des obersten, den ersten Ast liefernden Teiles für das Idealverfahren. Er beruft sich auf sieben nach dieser Methode operierte Fälle, welche in einer Beobachtungszeit von 2—7 Jahren rezidivfrei geblieben sind. Es werden ferner noch drei Fälle von anderen Operateuren erwähnt, die gleichfalls kein Rezidiv bekamen.

Die Bedingung einer radikalen Heilung erblickt Verf. in der Stellung einer strikten Indikation. Daß Hysterische und Luetische auf diese Art nicht vor Rezidiven geschützt werden können ist ja ohne weiteres klar. Ebensowenig ist aber andererseits erwiesen, daß in den Fällen eines Rezidivs auch das Ganglion bestimmt entfernt wurde. Verf. sind 2 Fälle bekannt, bei welchen man extrakraniell des Ganglion habhaft werden wollte, dieser Zweck aber erst bei einer zweiten, ebenfalls extrakraniellen Operation erreicht werden konnte. Aber auch bei intrakraniellem Eingriffe hält Verf. es für durchaus möglich, daß das Ganglion übersehen werden kann, und erwähnt die Exstirpation bei einer Hysterischen, welche durch eine intrakranielle Operation geheilt

wurde, aber keine anästhetische Stelle des Gesichtes aufzuweisen hatte.

Die Methode der modifizierten Exzision hält Verf. durch die Ausfallserscheinungen des ersten Astes bei der Exstirpation des Ganglion für begründet. Er tadelt, daß die Berichte über die Heilungen der Neuralgie so wenig von den Erkrankungen des Auges verraten, die doch oft gleichbedeutend mit dem Verluste dieses Organes sind. Von einer im Anschluß an die Operation auftretenden Keratitis sieht Verf. ganz ab, weil durch Hintanhaltung einer solchen Pat. noch lange nicht der Gefahr, seines Auges verlustig zu werden, entronnen ist. Die kritischen Erscheinungen treten oft viel später auf.

Von diesen Gesichtspunkten aus rät der Verf. zum Schluß seiner lesenswerten Darstellung für Exzision mit Schonung des Augenastes.

Hofmann (Freiburg i. Br.).

---

9) **E. Deetz.** Über Blutungen innerhalb des Wirbelkanales, deren Entstehung, Verlauf und Wirkung vom gerichtsärztlichen Standpunkt aus.

(Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin u. öffentliches Sanitätswesen. 3. Folge. Bd. XXVII. Suppl.-Heft.)

Die intramedullären Blutungen sind die für das Leben wichtigeren, die extramedullären die bei weitem häufigeren. Die extramedullären Blutungen (Hämatorrhachis) sitzen epidural zwischen Knochen und Dura mater oder subdural zwischen Dura, den weichen Rückenmarkshüllen und dem Marke selbst. Meist stammen sie aus epiduralen venösen Geflechten. Die Blutungen können an die Stelle, wo man sie bei der Obduktion findet, sekundär hingeleitet sein, z. B. aus dem Kopfe nach Basisfrakturen. Sie sind meist die Folge von Verletzungen, nur sehr selten die von pathologischen Veränderungen im Wirbelkanal (Geschwülste usw.). Ihre klinischen Symptome sind die der Rückenmarkskompression.

Die intramedullären Blutungen (Hämatomyelie) bewirken durch Zerstörung von Nervenfasern schwerste Ausfallserscheinungen. Sie sitzen in der Regel in der grauen Substanz und dehnen sich in der Längsachse des Markes aus. 10% sind nicht traumatisch (Apoplexia spinalis, Geschwülste, Myelitis, epidemische Meningitis, hämorrhagische Diathese, spinale Blutungen beim Keuchhusten kleiner Kinder).

Die häufigste Ursache aller Wirbelkanalblutungen bilden Verletzungen, Zerrungen und Zerreißungen der Wirbelsäule durch Längszug, Brüche und Verrenkungen der Wirbel, Schuß- und Stichverletzungen, Kontusionen und Distorsionen. Zur Blutung durch Längszerrung der Wirbelsäule kommt es vor allem bei Zangenentbindungen nach Wendungen. Nach Verf.s Dafürhalten ist es nicht zu hoch gegriffen, wenn man bei 10% aller Kinder, die etwa in den 3 ersten Lebenstagen zur Obduktion kommen, Wirbelkanalblutungen annimmt.

Verf. bespricht ziemlich eingehend die Symptome der Wirbelkanalblutungen je nach dem Sitze derselben und geht dann auf die

klinischen Erscheinungen der nach Stichverletzungen auftretenden Brown-Séquard'schen Halbseitenverletzung des Rückenmarkes ein.

Führen die Wirbelkanalblutungen zu einer Lähmung (im medizinischen Sinne) der unteren Extremitäten, sowie der Blase und des Mastdarmes, so läßt sich im gerichtlichen Sinne sowohl der Begriff des Siechtumes, wie der der Lähmung anwenden. Die Blutungen, die im Anfange Lähmungserscheinungen machen, die aber nach einigen Monaten zurückgehen, gelten als einfache Körperverletzung.

Löwen (Leipzig).

---

10) **E. Müller.** Über die Lage der skoliotischen Abbiegungen in den verschiedenen Altersjahren.

(29. Mitteilung aus dem orthopädischen Institut von Dr. A. Lüning und Dr. W. Schulthess, Privatdozenten in Zürich.)

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4.)

Nachdem Schulthess in der Arbeit »Über die Prädilektionsstellen der skoliotischen Abbiegungen an der Wirbelsäule« gezeigt hat, an welcher Stelle der Wirbelsäule bei den meisten im Laufe der Jahre beobachteten 1140 Skoliosen die Krümmungen liegen, so lag der Gedanke nahe, nun auch zu prüfen, welche Lage diesen Krümmungen in den einzelnen Altersjahren zukommt, und welche Unterschiede in diesen einzelnen Jahren wie auch gegenüber der Schulthess'schen Gesamtstatistik sich ergeben würden. Die vorliegende Arbeit lehnt sich demnach an die Schulthess'sche an. Die wesentlichen Ergebnisse sind folgende:

1) Die allgemeine Frequenz der beobachteten Skoliosen steigt vom 8.—14. Jahre stetig und nimmt alsdann wieder ab.

2) In der Zeit vom 8.—17. Jahre zeigt sich das Frequenzmaximum der rechtskonvexen Abbiegungen immer in der Höhe des 6.—8. Brustwirbels.

3) Das Frequenzmaximum der linkskonvexen Krümmungen steht im 8. Jahre höher, entsprechend dem 8.—10. Brustwirbel, sinkt dann bis zum 15. Jahre hinunter auf den 1.—2. Lendenwirbel und bleibt hier auch in den folgenden Jahren.

4) Vom 8.—17. Jahre fällt mit wenig Ausnahmen die Frequenz der linkskonvexen Skoliosen und steigt diejenige der rechtskonvexen; fast gleichmäßige Verteilung zeigt das 14. Jahr.

5) Die Zahl der Nebenkrümmungen vermehrt sich fast stetig vom 8.—17. Jahre. Die Vermehrung kommt hauptsächlich auf Rechnung der linkskonvexen Nebenkrümmungen. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

11) **F. Lange** (München). Die Behandlung der Skoliose durch die aktive und passive Überkorrektur.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 1.)

In dem auf dem letzten Orthopädenkongreß in Berlin gehaltenen Vortrage schildert L. die von ihm in der Skoliosenbehandlung ange-

wandten Methoden, welche darauf ausgehen, den gedehnten M. erector trunci der konvexen Seite durch einfache Widerstandsgymnastik einseitig zu kräftigen und die von den mehr oder weniger verkürzten Bändern und Muskeln auf der konkaven Seite entgegengesetzten Widerstände durch passive Überkorrektur zu beseitigen. L. erreicht dies mit sehr einfachen Apparaten, die in der Abhandlung abgebildet und in ihrer Wirkungsweise illustriert sind. Nachts läßt er ein Zelluloid-Stahldrahtbett benutzen, dessen redressierende Wirkung unabhängig von der Willkür des Pat. ist (s. Original). Die von S. erreichten Resultate waren, wenn nicht bereits vollständige Versteifung der skoliotischen Wirbelsäule eingetreten war, bei jahrelanger Durchführung der Behandlung sehr günstige, wie eine Reihe von Bildern erkennen läßt. **Kramer** (Glogau).

---

12) J. Guszman. Zur Tabes-Syphilisfrage im Anschluß an einige mit manifester Syphilis verbundene Tabesfälle.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXXIX. Nr. 12.)

In neuester Zeit mehren sich die Äußerungen, daß die Tabes nicht eine postsyphilitische, sondern eine im eigentlichen Sinne syphilitische Affektion sei. Es gibt unzweifelhaft eine Anzahl von Gründen, welche eine solche Auffassung zu stützen geeignet sind. G. will zu diesen Gründen auch die Tatsache rechnen, daß bei Tabes sicher Tertiär-, also eigentlich syphilitische Symptome vorkommen. Er belegt diese wohl allgemein be- und anerkannte Tatsache durch literarisches und eigenes Material. Warum es »logischerweise zweifellos unmöglich« ist, daß postsyphilitische (nach der meist vertretenen Auffassung toxische) und tertiäre Symptome mit einer im Wesen verschiedenen Pathogenese zu gleicher Zeit vorhanden sind, ist mir allerdings nicht klar. Daß man auf diese Weise die eigentlich syphilitische Natur der Tabes beweisen könne, glaube ich nicht. Beherzigenswerter erscheint mir der Vorschlag des Verf., alle Tertiärsyphilitischen auf tabische Symptome zu untersuchen und daraus eine Statistik aufzustellen — wobei allerdings zu berücksichtigen sein wird, daß die tertiären Erscheinungen in ihrer überwiegenden Mehrzahl kürzere Zeit nach der Infektion auftreten als die Tabes. **Jadassohn** (Bern).

---

13) J. Guszman und C. Hudovernig. Über die Beziehungen der tertiären Lues zur Tabes dorsalis und Paralysis progressiva.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XL. Nr. 1.)

Die Verff. haben 50 Kranke mit tertiär-syphilitischen Erscheinungen, bei denen die Infektion länger als 3 Jahre zurücklag, auf ihr Nervensystem genauer untersucht und sind dabei zu dem Resultate gekommen, daß nur 44% nervengesund waren; Tabes, progressive Paralyse und Taboparalyse fanden sich in 46%, ja mit Zurechnung der verdächtigen Fälle in 54% der Fälle. Die Therapie schien keinen deut-

lichen Einfluß zu haben, wohl aber die hereditäre Belastung. Diese Untersuchungen, welche zu einem ganz über Erwarten traurigen Resultate geführt haben, bedürfen dringend weiterer Nachprüfung an größerem Material.

Jadassohn (Bern).

14) **M. Sänger.** Wasserstoffsuperoxyd bei Erkrankungen der oberen Luftwege.

(Deutsche Ärzte-Zeitung 1904. Nr. 22.)

Das den Chirurgen besonders bei Verbandwechseln durch Abhebung der angetrockneten Verbandstoffe wertvolle Mittel empfiehlt S. wegen seiner blutstillenden, desodorisierenden und analysierenden Wirkung bei gewissen Krankheiten der Nase und des Rachens.

Bei Nasenbluten läßt man es als $1^1/_2$%ige Lösung aufschlürfen oder man tamponiert mit einem in 6%ige Lösung getauchten Wattebausch. Desgleichen genügte es stets zur Blutstillung nach operativen Eingriffen im Kehlkopfe oder Rachen. Bei Angina lacunaris bringt es nach kürzester Zeit den Belag zum Verschwinden. Desgleichen empfiehlt es sich sehr zur lokalen Behandlung der Rachendiphtherie. Wegen der zähflüssiges oder eingetrocknetes Sekret abhebenden Wirkung eignet es sich besonders zur Behandlung der Rhinitis, Pharyngitis und Laryngitis sicca.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

15) **D. Bryson-Delavan.** Malignant disease of the larynx.

(New York med. record 1904. September 17.)

D. stellt fest, daß die frühzeitige radikale Operation allein Aussicht auf Heilung bei Kehlkopfkrebs gibt, daß weder ein Arzneimittel vom Arsenik bis zum Terpentin, noch Antitoxin, noch flüssige Luft, noch die Ligatur der Karotiden irgendeine Aussicht auf Erfolg darbieten. Auch X-Strahlen, Radium, ultraviolettes Licht und hochgespannte Ströme haben bisher den Erwartungen nicht entsprochen.

Die präliminare Tracheotomie setzt zwar den Pat. einer Infektion von der Wunde und die Wunde selbst der Gefahr einer Impfung von der Geschwulst her aus, ist aber in geeigneten Fällen ohne Zweifel durch Verbesserung der Atmung und des Allgemeinbefindens eine sehr geeignete Vorbereitung zur Operation.

Loewenhardt (Breslau).

16) **Pineles.** Klinische und experimentelle Beiträge zur Physiologie der Schilddrüse.

(Mitteilungen aus d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1 u. 2.)

Zuerst haben Vassale und Generali die Lehre aufgestellt, daß der Schilddrüsenausfall die chronischen, trophischen Störungen der Kachexie, der Ausfall der Epithelkörperchen (Glandulae parathyreoideae) aber die akuten tödlichen Erscheinungon der Tetanie bedingen. P. gibt nun durch klinische und experimentelle Untersuchungen dieser interessanten und wichtigen Auffassung sehr wesentliche Stützen.

Zunächst zeigen die Fälle von kongenitaler Thyreoaplasie beim Menschen, welche das reinste, durch die Natur ausgeführte Experiment eines totalen Schilddrüsenausfalles bei vollkommen normalem Verhalten der Epithelkörperchen darstellen, daß die Funktion der Schilddrüse zum Leben nicht unbedingt notwendig ist; denn solche Individuen können ein Alter bis zu 37 Jahren erreichen. Symptome von Tetanie, allgemeine tetanische Krämpfe, Spasmen und Paresen werden bei ihnen stets vermißt, weil sie eben normale Epithelkörperchen besitzen. Erzeugt man den umgekehrten Zustand, d. h. exstirpiert man Tieren nur die Epithelkörperchen und beläßt ihnen die Schilddrüse, so bekommt man Tetanie ohne Kachexie; wenigstens sprechen Versuche an Katzen und Hunden sicher, die an Affen mit Wahrscheinlichkeit für dieses Verhältnis, während Versuche an Kaninchen undeutliche Bilder zeigen. Die Erfahrungen beim Menschen nach Kropfoperationen sprechen gleichfalls dafür. Eine genaue Analyse der beobachteten Fälle von Tetanie nach Kropfoperationen zeigt nämlich, daß Tetanie besonders dann auftrat, wenn die unteren Pole der Seitenlappen weggenommen worden waren, also gerade diejenige Schilddrüsenportion, bei deren Entfernung die Epithelkörperchen am leichtesten geschädigt oder mitexstirpiert werden. Dies wird ferner bestätigt durch die Tatsache, das Zungenkröpfe, auch bei nachgewiesenem völligen Fehlen der Schilddrüse an normaler Stelle, total entfernt worden sind, ohne daß jemals Tetanie beobachtet wurde; es erklärt sich das daraus, daß die an normaler Stelle am Halse liegenden Epithelkörperchen bei der Operation des Zungenkropfes gar nicht geschädigt werden können.

Für das Handeln des Chirurgen ergibt sich daraus, daß Schilddrüse und Epithelkörperchen zwei Organe sind, von denen ein jedes wegen seiner hohen funktionellen Bedeutung bei der Operation zum Teil zurückgelassen werden muß. Betreffs der Epithelkörperchen sei auf ihre häufige Lage an der unteren Hälfte des Seitenlappens hingewiesen; daher wird die Entfernung des Mittellappens und der oberen Partien des Seitenlappens meist ohne nennenswerte Schädigung der Epithelkörperchen von statten gehen. Die Erkenntnis dieser Verhältnisse erklärt es, warum man manchmal zu seiner Überraschung Tetanie nach Kropfoperationen sieht, obwohl man reichlich soviel Schilddrüsensubstanz zurückgelassen hat, wie bei zahlreichen anderen Operationen, die nicht von Tetanie gefolgt sind. **Haeckel** (Stettin).

---

17) **S. Christens.** Vorläufige Mitteilungen über Behandlung des Morbus Basedowii mit Organopräparaten von thyreoidektomierten Ziegen.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 5.)

Zur symptomatischen Bekämpfung der Hyperthyreoidisation, die allemal angewendet werden sollte, bevor man eine Operation vorschlägt, verabfolgte Verf. an 18 Basedowkranke frische Milch, ge-

trocknetes Milchpulver, Serum innerlich und subkutan, Bluttabletten thyreoidektomierter Ziegen mit gutem Erfolge bei genügend langer Ausdauer. Die objektiven Erscheinungen (Kropf, Exophthalmus, Herzdegeneration, Pulsfrequenz) besserten sich nicht auffällig, wohl aber die subjektiven Beschwerden, der Ernährungszustand, das Allgemeinbefinden. Zwei Krankengeschichten. **Georg Schmidt** (Berlin).

---

18) **Stuertz.** Zur Diagnose der Pleuraadhäsionen an Perikard und Zwerchfell.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VII. Hft. 5.)

Auskultation und Perkussion lassen bei Pleura- und Perikardverwachsungen nicht selten im Stiche; mit Hilfe der Röntgenstrahlen kann die Diagnose oft sicher gestellt werden. Auf Grund seiner Erfahrungen an fünf Fällen kommt Verf. zu folgenden, in den Hauptpunkten hier wiedergegebenen Schlußsätzen:

1) Zarte Adhäsionen sind weder durch Röntgoskopie noch durch Röntgographie sichtbar zu machen; doch können die röntgoskopisch wahrnehmbaren, durch Adhäsionen bewirkten Bewegungsstörungen an den Herz- und Zwerchfellskonturen für sich allein schon die Diagnose sichern.

2) Zacken und winklige Unregelmäßigkeiten der Konturen sind nur dann diagnostisch verwertbar, wenn deutliche Bewegungshindernisse radioskopisch sichtbar werden.

3) Zur Darstellung der Adhäsionen ist vor allen Dingen eine Aufnahme in tiefer Inspirationsstellung erforderlich.

Experimentell vom Verf. an Leichen und am lebenden Hunde erzeugte Perikardzacken ergaben auf der Platte keine Schatten.

Gaugele (Breslau).

---

19) **J. Lange** (Leipzig). Beitrag zur Therapie der Ischias.

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 52.)

L. hat in mehreren Fällen die von Schleich empfohlene Behandlung der Ischias mittels der Infiltrationsmethode in etwas modifizierter Form angewandt und damit auffallend günstige Resultate erzielt. An der Austrittsstelle des Nerven aus dem Foramen ischiadicum wird mit der Schleich'schen Spritze zunächst eine Quaddel in der Haut gebildet und dann sofort mit der langen Nadel unter gleichzeitigem Einspritzen der Braun'schen Lösung von Eukain-β (1‰ in 8‰iger NaCl-Lösung) bis auf den Nerv vorgegangen. Sobald dieser von der Nadel berührt wird (blitzartiger Schmerz im ganzen Verlaufe des Ischiadicus), werden 70—100 ccm rasch injiziert. Das nach einiger Zeit eintretende Spannungsgefühl läßt meist nach wenigen Stunden nach, der Druckschmerz an der Einstichstelle dauert etwas länger; wenn nötig, wird die Injektion nach einigen Tagen wiederholt. Leichte Intoxikationserscheinungen (Übelkeit, Appetitsverminderung, Abstump-

fung des Geschmackes), Schüttelfröste und Temperatursteigerung gingen fast immer schnell vorüber. In fünf Fällen war der Erfolg ein vollkommener und ganz auffallend rasch eingetreten, so daß die Kranken, die wochenlang durch die Schmerzen am Gehen behindert waren, nach ein oder zwei Einspritzungen wie ein völlig Gesunder ohne alle Beschwerden gehen konnten. L., der das Verfahren nach erfolgloser Anwendung der anderen Methoden warm empfiehlt, ist der Ansicht, daß die günstige Wirkung weniger auf das Eukain, als auf den Eintritt von Quellung, Zerrung u. dgl. durch die injizierte isotonische Flüssigkeitsmasse zurückzuführen sei, daß durch die mechanische Wirkung derselben Veränderungen hervorgerufen werden, die ähnlich wie in gewissen Fällen die stumpfe oder blutige Nervendehnung, durch reaktive Entzündung eine Heilung resp. Besserung bedingen.

Kramer (Glogau).

---

20) **R. Werndorff.** Die axillare Abduktion in der Behandlung der kongenitalen Hüftgelenksverrenkung.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4.)

Es wurde in der letzten Zeit von verschiedenen Seiten die Forderung aufgestellt, die von Lorenz angegebene rechtwinklige, resp. negative Abduktionsstellung zugunsten einer Primärstellung in verminderter, mit Innenrotation verbundener Abduktion zu verlassen. Die Wahl einer solchen Primärstellung wird ja bei sehr guten anatomischen Verhältnissen manchmal zu dem gewünschten Erfolge führen, aber aus dieser Methode eine Regel zu machen, dazu konnten sich Lorenz und seine Schüler nie entschließen, sondern sie sind einer extremen Stellung als Primärstellung immer treu geblieben. W. ist sogar in der Lage, an der Hand von Röntgenbildern und eines anatomischen Präparates zu zeigen, daß man durch die Ungunst der anatomischen Verhältnisse manchmal gezwungen sein kann, eine allerextremste Stellung zu wählen, eine Stellung, für welche W. den Namen axillare Abduktion vorschlägt.

So wie wir durch die rechtwinklige, resp. negative Abduktion die hintere Kapsel verkürzen, um das Hinübergleiten des Kopfes über den hinteren Pfannenrand zu verhindern, ebenso müssen wir die obere Kapsel durch Faltung zur Verkürzung und Schrumpfung bringen, und wenn die bisher gebräuchlichen Grade der negativen Abduktion dazu nicht ausreichen, dann muß man eben einen Schritt weiter gehen und die extremste Abduktion wählen, die man anatomisch überhaupt wählen kann, das ist eine Stellung, bei welcher der Oberschenkel dem Thorax ganz anliegt und sich das Knie in der entsprechenden Achselhöhle befindet. Diese axillare Abduktion muß man aber gerade bei ungünstigen anatomischen Verhältnissen anwenden, weil sie die allerbeste Einstellung des Kopfes in die Pfanne gibt, indem sich der axillar abduzierte Kopf absolut konzentrisch in die Pfanne einstellt. Sie empfiehlt sich deshalb nur in Ausnahmefällen, wenn nämlich trotz monatelanger Fixation in rechtwinkliger, bezw. negativer Abduktion eine Reluxation

eingetreten ist. Verf. teilt die Krankengeschichten von acht derartigen Fällen mit.

Der vorliegenden Mitteilung liegt ein Vortrag zugrunde, den Verf. auf der Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte zu Breslau gehalten hat.

J. Riedinger (Würzburg).

---

21) **Witt.** Beitrag zur Behandlung der Koxitis in vorgeschrittenen Fällen.

Inaug.-Diss., Königsberg, 1904.

W. empfiehlt in vorgeschrittenen Fällen von Koxitis, bei denen Stellungsabweichungen vorhanden sind, die permanente Extension zunächst in der falschen Stellung; allmählich wird dann die Streckwirkung in die richtige Stellung hinübergeleitet; die erkrankte Extremität wird zu diesem Zweck an eine dorsale Gipshanfschiene bandagiert und an einem Galgen suspendiert. Das Verfahren zeichnet sich besonders dadurch aus, daß in außerordentlich schonender, schmerzloser und rascher Weise die Rückführung in die normale Stellung erzielt wird. W. illustriert die Wirkung dieses Verfahrens durch Mitteilung von fünf Krankengeschichten aus der Höftmannschen Klinik, in denen in einem Zeitraume von 8—13 Tagen eine vollkommene Korrektur der Deformität auf diesem Wege erreicht wurde. Zur Nachbehandlung empfiehlt W. die von Höftmann angegebene Hüftgehschiene, deren besonderer Vorzug darin besteht, daß sie bei voller Erhaltung der Beweglichkeit in allen Gelenken eine gute Distraktion des erkrankten Hüftgelenkes gewährleistet.

Deutschländer (Hamburg).

---

22) **J. D. Ghiulamila.** Die Verwendung der Osteotomie zur Ausgleichung von koxitischen Ankylosen.

(Med. Klinik 1905. Nr. 5.)

Von den 14 Operationsmethoden bei koxitischer Ankylose, der Osteotomie am Schenkelhalse, Trochanter und unterhalb desselben, die z. T. durch Abbildungen anatomischer Präparate erläutert werden, empfiehlt Verf. für geringere Flexions-, Adduktions- und Rotationsstellungen ohne nennenswerte Verkürzung die einfache lineäre trochantere Osteotomie, wenn sie auch nur die Stellung, nicht die Verkürzung ausgleicht. Die keilförmige Osteotomie ist bei äußerster Flexion sowie dann am Platze, wenn der Oberschenkelknochen sehr dünn ist und die Bruchstücke deshalb sehr genau aneinander angepaßt werden müssen; die Verkürzung wird dabei stets vermehrt. Dagegen erfüllt in der überwiegenden Zahl der übrigen Fälle die Hoffasche schräge subtrochantere Osteotomie mit subkutaner Durchschneidung der Adduktoren- und der Muskelansätze an die Spina il. ant. sup., unter Umständen auch des Iliopsoasansatzes am Troch. min. alle Forderungen. Sie ist ein einfaches Verfahren, das Gelenk selbst bleibt unberührt, damit auch etwa noch schlummernde Krankheitsherde; es entsteht eine

Ankylose in funktionell bester Stellung, Verlängerung des Beines mit Beseitigung des Widerstandes der Weichteile. Operationstechnik und Nachbehandlung, in der die Gymnastik eine große Rolle spielt, werden nach den günstigen Erfahrungen der Hoffa'schen Klinik eingehend geschildert.

G. Schmidt (Berlin).

---

23) **Wiedmann.** Ein Beitrag zur Lehre von der Heißluftbehandlung des traumatischen Kniegelenksergusses.

Inaug.-Diss., Bonn, 1904.

W. teilt die Erfahrungen mit, die im Kölner evangelischen Krankenhause an 30 Fällen von traumatischem Kniegelenkserguß mit der Heißluftbehandlung gemacht worden sind. Der Erguß wurde bei den verschiedensten Formen des Hydrops (frischen, veralteten, komplizierten und rezidivierenden) fast immer schnell und dauernd beseitigt. Die durchschnittliche Gesamtbehandlungsdauer betrug, trotzdem die Pat. im allgemeinen noch 14 Tage lang nach Beseitigung des Ergusses zwecks Beobachtung etwaiger Rezidive im Krankenhause behalten wurden, 36,5 Tage mit 80% vollständiger Heilung. Bei den Nichtgeheilten wurde in jedem Falle eine ganz erhebliche Besserung verzeichnet; der Grund der Nichtheilung lag fast stets in Nebenumständen, komplizierenden Gelenkverletzungen, Verhalten der Pat. usw., begründet. Bis zum Schwinden des Ergusses hält W. strenge Bettruhe für angezeigt; bei frischen Verletzungen empfiehlt er in den ersten Tagen die Anwendung einer Schiene. Bei sehr erheblichen traumatischen Ergüssen ist die Punktion mit darauffolgender Kompression eine Woche lang anzuraten; erst dann soll die Heißluftbehandlung einsetzen. Die heiße Luft wird täglich eine Stunde lang bis zu Temperaturen von 120° appliziert; in Anwendung kamen die Bier'schen Heizkästen. Die Vorteile dieser Behandlungsweise bestehen darin, daß sie 1) schmerzlindernd wirkt und keine Beschwerden und Unannehmlichkeiten verursacht, daß sie 2) im Gegensatze zur Fixationsbehandlung Funktionsstörungen, Muskelatrophie und Versteifungen verhütet, und daß sie 3) bezüglich der Rezidive eine gute Prognose gibt.

Deutschländer (Hamburg).

---

24) **J. D. Ghiulamila** (Bukarest). Die Korrektion und Fixation des Klumpfußes nach dem forcierten Redressement.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4.)

Verf. übt auf Grund einer reichen Erfahrung eine scharfe Kritik an der bisweilen recht oberflächlichen und unzweckmäßigen Art und Weise der Verbandanlegung beim redressierten Klumpfuß. Kein Verfahren verspricht ohne gut angelegte Gipsverbände voll befriedigende Resultate, weder das König'sche Redressement forcé, noch das Lorenz'sche modellierende Redressement, noch das Wolff'sche Etappenredressement. Nach G. ist der Fixationsverband beim Klumpfuß immer noch der schwierigste in der ganzen orthopädischen Technik;

er ist der Prüfstein für die Geschicklichkeit der Orthopäden, und es gibt wenig Chirurgen, ja sogar Orthopäden, welche die Technik dieser Fixation beherrschen. Deshalb sind auch die Resultate in verschiedenen Händen so verschiedene. Da die Frage in der Literatur nicht erschöpfend behandelt ist, so unternimmt es Verf., diese Lücke ausfüllen.

Zuerst hebt er die Schwierigkeiten hervor und macht auf die Fehler aufmerksam, die bei der Anlegung der Fixationsverbände gemacht zu werden pflegen. Er führt hierbei aus, daß einseitige Redressionsbestrebungen entweder zu Rezidiven oder zu fehlerhaften Korrekturstellungen des Fußes führen. Eine Hauptschwierigkeit bietet bekanntlich die Supinationsstellung der Ferse. Der Verband darf erst dann angelegt werden, wenn das Redressement in allen seinen Komponenten beendet ist. Er muß unter Vermeidung jeder Kompression die Form haben, die wir dem Fuße zu geben wünschen. Er soll fixieren, aber nicht redressieren.

In einzelnen Kapiteln bespricht Verf. alsdann das Verbandmaterial, die Anlegung des Verbandes, die Korrektion nach Anlegung des Verbandes, das Ausschneiden des Verbandes, die vorkommenden kleinen Inkonvenienzen, wie ungenügende Korrektion, zu geringe Festigkeit, zu enges Anliegen, Dekubitus, Rutschen des Verbandes, Erweichen usw., ferner die Dauer der Behandlung, den Effekt der Fixation und das Alter, in dem man mit dem Anlegen der Gipsverbände beginnen soll.

Die in didaktischer Hinsicht sehr beachtenswerte Arbeit zeichnet sich durch klare und präzise Darstellungsweise aus. Einige gute Abbildungen tragen zum Verständnis derselben bei.

J. Riedinger (Würzburg).

---

25) **D. G. Zesas.** Über die Beziehungen zwischen Plattfuß und Skoliose.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4.)

Von 150 skoliotischen Pat. der Hoffa'schen Klinik hatten nach den Untersuchungen des Verf.s 102 Plattfüße, nur 48 normale Füße. Verf. war somit in der Lage, das schon von früheren Autoren beobachtete häufige Zusammentreffen beider Erkrankungen zu bestätigen. Seine Meinung geht dahin, daß der Plattfuß in der Mehrzahl der Fälle als eine Begleiterscheinung der Skoliose aufzufassen ist und kein statisch-ätiologisches Moment derselben darstellt.

J. Riedinger (Würzburg).

Kleinere Mitteilungen.

26) **H. Küttner** (Marburg). Operationsbesteck mit Einrichtung zur Sterilisation von Instrumenten und Verbandstoffen. Für die Feldlazarette vom Roten Kreuz konstruiert.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 1.)

Der Preis des Besteckes, daß bei der Aktiengesellschaft für Feinmechanik in Tuttlingen erhältlich ist, beträgt 965 ℳ. Ca. 300 Einzelinstrumente bilden mit

Instrumenteneinsätzen, Sterilisierkasten usw. seinen Inhalt, der in einem mit wasserdichtem Segeltuchüberzug versehenen Kasten aus poliertem Eichenholz untergebracht ist (siehe Abbildungen im Originale). **Kramer** (Glogau).

27) **Michels.** Neues Nähbesteck.

(Ärztl. Polytechnik 1904. Oktober.)

M. näht mittels Nähklammern von Metall, welche durch eine Pinzette mit Klammerhalter auf die Wundränder gelegt und dann zusammengebogen werden. Ein besonderer Haken dient zur Entfernung derselben nach der Heilung. Die Pinzette dient zugleich als Klammerhalter. Abbildung im Original.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

28) **Jürgen-Harms.** Verfahren zur Entfernung tiefgelegener Nähte aus Wunden.

(Ärztl. Polytechnik 1904. September.)

J.-H. hat ein den bekannten Ligaturstäbchen ähnliches Instrument konstruiert, welches zum Schnüren tiefer Nähte dient. Es bleibt in der Wunde liegen und ragt mitsamt den Fadenenden vor. Bei seiner Entfernung kommt der Faden mit heraus. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

29) **Zibulski.** Verstellbarer Universal-Armstützapparat.

(Ärztl. Polytechnik 1904. Dezember.)

Obiger Apparat dient für die Vornahme von Operationen an der Hand und dem Arme sowie zur Lagerung des Armes bei verschiedenen Krankheiten. Pat. sitzt und legt seinen Arm auf die Stütze, ein geschweiftes Polster stützt dabei in der Achselhöhle. Die Stützen sind verstellbar und regulierbar. Der zugehörige Tisch (Dreifuß) ist mit dem Stuhle zu verbinden; bei Bettlage wird er ans Bett geschoben. Die Hand und der Arm können auf der Stütze gewaschen und irrigiert werden. Zwei Abbildungen im Original. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

30) **Friedmann.** Orthopädische Lagerungsbank.

(Ärztl. Polytechnik 1904. September.)

Obige Bank stellt eine Art Pritsche dar, deren Lager verschieden stellbar ist. Auf demselben werden Polsterkissen angebracht, welche Druckwirkung auf Skoliosen, Kyphosen usw. bezwecken. Der Apparat soll namentlich im Hause regelmäßige Anwendung finden. Eine Figur im Original.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

31) **E. Müller** (Stuttgart). Anstaltsbericht seiner Privatklinik für Orthopädie und Kinderchirurgie.

(Med. Korrespondenzblatt des Württemb. ärztlichen Landesvereins 1905. Januar 7.)

Bei der Skoliosenbehandlung hat M. die Anlegung orthopädischer Korsetts gegen früher sehr eingeschränkt; er verwendet sie nur noch bei ganz schweren Fällen, die sich nicht mehr korrigieren lassen. Aus M.'s Plattfußstatistik erhellt, daß in der Nichtkassenpraxis der Plattfuß beim weiblichen Geschlechte mindestens gerade so häufig ist wie beim männlichen; besonders häufig waren Schmerzen und Schwielenbildung an der Fußsohle unter dem Capitulum metatarsi III vorhanden, was gegen die v. Meyer'sche Theorie spricht, die den dritten Mittelfußknochen als vorderen Stützpunkt des normalen Fußes annimmt. Unter 206 Plattfußpatienten wurde in mehr als $^1/_3$ der Fälle die Achillessehne verkürzt gefunden; die Verkürzung war meist durch die Plantarflexionsstellung des Talus und Calcaneus sekundär entstanden; 9mal wurde die von M. angegebene (cf. dieses Blatt 1903 Nr. 2) Plattfußplastik: Einpflanzung (der Sehne des M. tibialis anticus in einen Kanal des Os naviculare, ausgeführt, 8mal mit sehr schönem funktionellen und kosmetischen Resultate. Von 32 abgeschlossenen Fällen von angeborener Hüft-

verrenkung ist bei 24 der Erfolg vollkommen in bezug auf Funktion und örtlichen Befund, bei 3 besteht noch starke Gelenksteifigkeit, bei 5 wurde nur Transposition des Kopfes in die Pfannengegend ohne Eintritt in die Pfanne selbst erreicht. Bei angeborenem Klumpfuß führt M. grundsätzlich immer die Tenotomie der Achillessehne aus; in 3 Fällen bei jungen Kindern wurden die sehr harten Knochenkerne im Talus und Calcaneus nach Ogston entfernt, worauf das Redressement auffallend leicht gelang. Bei abnormer Gelenkstellung infolge Tuberkulose hält M. die Gefahr einer Verallgemeinerung der Tuberkulose durch das in einer Sitzung in Narkose vorgenommene Redressement für geringer als bei etappenweiser Korrektur ohne Narkose. Von den behandelten Verletzungen seien 6 Fälle erwähnt, die nach einem Fall auf das Bein als einzige Folge eine auffallend starke Atrophie des Quadriceps davongetragen hatten. In einem Falle von ischämischer Muskellähmung am Vorderarme nach Oberarmfraktur wurde nach Henle ein Stück aus den Vorderarmknochen herausgenommen, um die Länge der Knochen derjenigen der Muskeln anzupassen; es trat teilweiser Erfolg ein. In einem zweiten Falle mit Radialislähmung wurde der an der Oberarmfrakturstelle in Kallusmassen eingeklemmte Nerv gelöst, und die Sehnen der stark geschrumpften Beugemuskeln am Vorderarm offen treppenförmig verlängert; der Erfolg scheint sehr gut zu werden. Schließlich erwähnt M. noch einzelne interessante Fälle, z. B. von intrauterin entstandener Radialislähmung durch Druck einer Oberarmgeschwulst bei einem Neugeborenen und ferner von angeborener Knieverrenkung.

Mohr (Bielefeld).

32) **Langer.** Eine ungewöhnliche Form von Osteomyelitis (multiple rarefizierende Osteomyelitis).

(Zeitschrift für Heilkunde 1904. Hft. 12.)

L. veröffentlicht einen in mancher Hinsicht interessanten Fall von chronischer Osteomyelitis der Vorderarmknochen und des Oberarmes bei einem 12jährigen Knaben, die zuerst zu kariöser Zerstörung und Fistelbildung der Handwurzelknochen, später zu einer hochgradigen Rarefikation der Vorderarmknochen und des Oberarmes führte, so daß eine Oberarmamputation notwendig wurde. Bemerkenswert in diesem Falle war, daß jede makroskopisch sichtbare Eiterung fehlte; nur bei mikroskopischer Untersuchung konnten eine große Zahl kleiner Abszesse im Marke nachgewiesen werden, in deren Bereich zahlreiche kurze Ketten von Streptokokken lagen; auch in den übrigen Teilen des Markes konnten Befunde von Streptokokkenherden erhoben werden. Gleichzeitig bestand eine außerordentliche Verdünnung der Corticalis und ein sehr ausgesprochener Schwund der Spongiosa, so daß z. B. der Humerus durch einen elastischen Schlauch bei Anlegung der Blutleere frakturiert wurde; der Knochen selbst ließ sich bequem mit Messer und Schere schneiden. Eine Reihe von Erscheinungen wies ferner darauf hin, daß auch an den Knochen der unteren Extremität ähnliche, wenn auch nicht so hochgradige, Rarefikationsprozesse bestanden. Außerdem ließ sich noch eine ziemlich starke polynukleäre Leukocytose mit charakteristischer Verminderung der eosinophilen Zellen konstatieren. L. erklärt diese chronische, ohne sichtbare Eiterung verlaufende Osteomyelitis als eine Eigentümlichkeit der Streptokokkeninfektion und stützte diese Ansicht durch eine Reihe von Beobachtungen aus der Literatur (Kocher, Lexer, Garrè, Delcourt).

L. spricht die Ansicht aus, daß es sich in diesem Fall um den Typus eines eigenen, bisher in der deutschen Literatur nicht fixierten Krankheitsbildes handeln könne, das speziell dem kindlichen Alter eigentümlich wäre, und als eine einen großen Teil des Knochensystems befallende, chronisch verlaufende, nicht zur Eiterung führende Streptokokkenosteomyelitis zu charakterisieren wäre.

Deutschländer (Hamburg).

33) **Smolny.** Über Homoplastik der langen Röhrenknochen.

Inaug.-Diss., Breslau, 1904.

S. berichtet nach einer Übersicht über die Geschichte und Methodik der Osteoplastik über drei Fälle der Breslauer chirurgischen Universitätsklinik, bei denen

große Defekte langer Röhrenknochen, von 14, 26 und 7 cm Länge, und zwar zweimal beim Humerus und einmal bei der Tibia, durch tote Knochen ersetzt wurden, die von menschlichen Leichen herrührten und mit Äther, Alkohol und 1stündigem Kochen vorbehandelt wurden, nachdem sie von Periost und Knochenmark befreit worden waren. In allen drei Fällen handelte es sich um ausgedehnte Resektionen wegen Sarkoms. Obwohl das Alter der Pat., die 17, 19 und 41 Jahre alt waren, einen Erfolg erhoffen ließ, so erfolgte doch in keinem dieser Fälle die Einheilung des transplantierten Knochens. In dem ersten Falle, einem Humerussarkom, wurde die Einheilung durch Eiterung, in den beiden anderen, einem Humerus- und einem Tibiasarkom, durch Geschwulstrezidive vereitelt. S. hält daher diese Methode des Defektersatzes für praktisch ungeeignet. **Deutschländer** (Hamburg).

34) H. J. Pringle. An unusually situated haemorrhage from the meningeal artery.

(Scott. med. and surg. journ. 1904. April.)

Verf. berichtet über ein ungewöhnlich gelagertes meningeales Hämatom, das er als sphenoidal bezeichnet wissen will. Die Symptome ließen auf einen Sitz in der Gegend der linken Zentralwindung schließen, und zwar vermöge der anfallsweise auftretenden und universell endigenden Konvulsionen auf einen subduralen. Es zeigte sich denn auch extradural kein Hämatom, während beim Eröffnen der Dura reichlich Blut entquoll. Nach der Reinigung der Hirnoberfläche zeigte sich dieselbe unverletzt. Verf. vermutete eine Zertrümmerung der temporo-sphenoidalen Gegend und schloß die Wunde. 3 Stunden nach der Operation starb Pat.

Die Autopsie ergab eine leichte Zertrümmerung des Gyrus angularis und des Occipitallappens und eines großen Teiles des Temporo-sphenoidallappens. Subdural war nur wenig koaguliertes Blut in der mittleren Schädelgrube, aber außerhalb der Dura lag ein durch den vorderen Ast der Meningea in zwei Teile getrenntes Hämatom, das 2,5 cm unterhalb der Basis des Wagner'schen Lappens begann und die ganze mittlere Schädelgrube erfüllte. Eine Fissur ging quer durch die vorderen Schädelgruben und eine zweite von dieser ab nach rückwärts ganz nahe am Foramen rotundum vorüber, ohne den Stamm der Meningea verletzt zu haben. Die Stelle des Blutaustrittes konnte nicht gefunden werden, und Verf. nimmt an, daß einige kleine Zweige der Arterie geschädigt wurden.

Hofmann (Freiburg i. B.).

35) Zur Verth. Über das Rindenzentrum für kontralaterale Augen- und Kopfdrehung.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1 u. 2.)

Die Lage des Kopf- und Augendrehungszentrums in der Hirnrinde ist noch nicht sicher festgestellt: die einen verlegen es in das Stirnhirn, andere in die Gegend des unteren Scheitel- und Occipitallappens. Klinische Beobachtungen und Experimente lassen ersteres wahrscheinlicher sein. Verf. beobachtete einen Fall, der fast mit der Sicherheit eines Experimentes für Sitz des Zentrums im Stirnhirn spricht. Ein Bergarbeiter erlitt mit einer Spitzhacke einen komplizierten, ganz umschriebenen Schädelbruch 4 cm links von der Mittellinie, etwa auf der Grenze von Stirn- und Seitenwandbein. Es traten Anfälle auf, die mit Drehung der Augen und des Kopfes nach rechts begannen, daran schlossen sich Zuckungen der Gesichtsmuskulatur und in späteren Anfällen solche im rechten Arm und Bein; schließlich gingen die Zuckungen auf die andere Körperhälfte über. Nach etwa einem Jahre wurde die Rindennarbe exzidiert. Tod an Pneumonie. Die Autopsie bestätigte, wie die Konstruktion am Lebenden schon ergeben hatte, daß die Narbe im oberen Teile des Fußes der zweiten Stirnwindung saß. Der Charakter der Anfälle als echter Jackson'scher Epilepsie, das unmittelbare Einsetzen nach der Verletzung bei dem sonst gesunden Manne, die sonstige Unversehrtheit des Gehirns bei der Autopsie sprechen mit großer Sicherheit für Sitz des genannten Zentrums im Fuße der zweiten Stirnwindung. **Haeckel** (Stettin).

36) **R. Dobbertin.** Zur anatomischen Diagnose der Gehirnschüsse.
(Med. Klinik 1905. Nr. 7.)

Revolverschuß eines Selbstmordkandidaten in die rechte Schläfe mit sofortiger Lähmung der rechten Seite, die während der klinischen Beobachtung fast ganz zurückgeht. Der Sitz des Geschosses, das reaktionslos einheilte, ergab sich durch die Röntgenbilder im linken Hinterhauptslappen. Bei der anatomischen Rekonstruktion der Geschoßbahn zeigt sich, daß sie durch den hinteren Abschnitt des Stirnlappens der rechten Halbkugel vor und über den vorderen Schenkel der rechten inneren Kapsel vorbei oberhalb des Balkens ohne Eröffnung der Ventrikel genau durch die Mitte des hinteren Schenkels der linken inneren Kapsel in den linken Hinterhauptslappen verläuft. Vermutlich wurden die Faserbündel der inneren Kapsel nicht unmittelbar durchschossen, sondern nur gequetscht.

G. Schmidt (Berlin).

37) **H. Pringle.** Collateral paralysis the result of cerebral trauma.
(Scott. med. and surg. journ. 1904. November.)

Der 58jährige Verletzte wurde in komatösem Zustand in das Krankenhaus aufgenommen. Die rechtsseitigen Extremitäten waren im Zustande spastischer Paralyse und zeigten keine Reflexe, während links keine Störung vorhanden und deutlich Reflexbewegungen auszulösen waren. Die Untersuchung der Motilitäts- und Sensibilitätsstörung wurde mehrere Male mit dem gleichen Resultat ausgeführt. Die rechte Pupille war eng, links konnte wegen Atrophie des Bulbus kein Befund erhoben werden. Die Paralyse betraf also einwandsfrei die rechte Seite. Nach ca. 12 Stunden starb Pat.

Die Sektion ergab: über dem rechten Parietale eine gabelförmige Fissur, eine Zertrümmerung des rechten Frontal- und Temporo-sphenoidallappens; ein subduraler Erguß lag in der vorderen und mittleren Schädelgrube. Die Decussatio hatte keine abnormen Verhältnisse aufzuweisen.

Eine Erklärung dieser kollateralen Paralyse vermag Verf. nicht zu geben.

Hofmann (Freiburg i. B.).

38) **Sträter.** Gehirnabszeß im Röntgenbilde.
(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VII. Hft. 5.)

Es ist bis jetzt nur selten gelungen, mittels der Röntgenstrahlen Hirngeschwülste nachzuweisen, da die dicke Schädeldecke ein großes Hindernis bietet und die Durchlässigkeit der Geschwülste für Röntgenstrahlen nur in geringem Maße von der des Gehirnes abweicht. Bei den Fällen, wo dies trotzdem gelang, war entweder eine Verkalkung der Geschwulst eingetreten (Fittig), oder es war der Sitz der Geschwulst durch die Usurierung der Schädelknochen indirekt festgestellt worden (Albers-Schönberg, Holzknecht). Verf. beschreibt einen Fall von Gehirnabszeß bei einem 7jährigen Jungen. Die sehr interessante Krankengeschichte gibt an, daß dem Jungen eine 7 cm lange Griffelspitze durch die Orbita in das Gehirn eingedrungen war und operativ entfernt wurde. Trotzdem steigerten sich die zerebralen Störungen derart, daß ein Gehirnabszeß angenommen und nach vorausgegangener Trepanation zwei mit dickem, gelbgrünem Eiter gefüllte Abszesse des rechten Schläfe- und Hinterhauptslappens entleert wurden. Eine nachträgliche genaue Visitation der inzwischen verstärkten Platte zeigte deutlich beide Abszesse an den erwähnten Stellen. Die dicke Beschaffenheit des Eiters, sowie die noch dünne Schädeldecke waren wohl in diesem Falle für das gute Resultat der Röntgographie ausschlaggebend. **Gaugele** (Breslau).

39) **X. Dercum** and **W. Keen.** Enormous tumor of the posteroparietal region, weighing over half a pound etc.
(Journ. of nervous and mental disease 1903. Dezember.)

K. operierte bei einem 26jährigen Mann ein 264 g schweres Spindelzellensarkom der hinteren Scheitelbeingegend. Eine doppelseitige Neuritis des Opticus, sowie

Paralyse des rechten Abducens leiteten die Diagnose infolge einer stattgehabten rechtsseitigen Mittelohrentzündung auf einen Hirnabszeß hin, welche sich bei der Aufmeißelung des rechten Warzenfortsatzes und der Trepanation der mittleren und hinteren Schädelgrube als falsch erwies. Die Hirnsymptome bestanden weiter fort, und innerhalb eines halben Jahres seit der ersten Untersuchung entwickelten sich Erscheinungen, die auf eine Geschwulst der linken Schläfengegend hinwiesen. Die rechte untere Extremität war hypästhetisch und leicht ataktisch; ferner war rechts Fußklonus vorhanden und der Patellarreflex abgeschwächt. Das stereognostische Gefühl der rechten Hand war beeinträchtigt, und im Bereiche des ersten und zweiten Trigeminusastes entstand Hypästhesie.

Die Trepanation der Schläfengegend, wie sie zur Exstirpation des Ganglion Gasseri angewandt wird, zeigte keine Veränderung der Hirnrinde.

Indem nun die erwähnten Symptome nicht verschwanden, gesellten sich im Laufe des ersten Jahres rechtsseitige homonyme Hemianopsie, ausgeprägte Ataxie der rechten Hand und typische Wortblindheit hinzu. Die schon vor der zweiten Operation bestandene Schmerzhaftigkeit bei Beklopfen der hinteren Scheitelbeinpartie war zu dieser Zeit sehr stark.

K. entschloß sich zur Trepanation dieser Gegend und bildete einen gestielten 9 cm langen und 13 cm an der Konvexität breiten Lappen. In Anbetracht der starken Blutung entfernte K. in drei Sitzungen die beschriebene Geschwulst. Nach der letzten Operation erlag der Kranke dem Chok.

Hofmann (Freiburg i. B.).

40) **Funkenstein.** Ein Beitrag zur Kenntnis der Tumoren des Kleinhirnbrückenwinkels (»zentrale Neurofibromatose«, »Acusticusneurome«).

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1 u. 2.)

F. gibt aus der Lichtheim'schen Klinik fünf Beobachtungen von Geschwülsten in dem Raume zwischen Pons, Medulla oblongata und Kleinhirn, die wegen ihres charakteristischen Sitzes und der daraus resultierenden Symptome eine Gruppe für sich bilden. Es handelte sich einmal um zentrale Neurofibromatose mit beiderseits je einer taubenei- resp. walnußgroßen Geschwulst zwischen Kleinhirn und Medulla oblongata und multiplen Neurofibromen an den Nervenwurzeln der Hirnbasis, zweimal um ein solitäres Neurofibrom des N. acusticus, einmal um ein Sarkom des Kleinhirns und einmal um ein Endotheliom der hinteren Schädelgrube. Die Symptomatologie wird eingehend besprochen, genaue Sektionsbefunde werden mitgeteilt. In dem ersten der genannten Fälle wurde von Garrè operiert. Es gelang nach der von Krause für Freilegung der hinteren Felsenbeinfläche und des Kleinhirns angegebenen Methode, jederseits die unter der vorderen Kleinhirnhemisphäre gelegene Geschwulst zu entfernen, doch starb Pat. $7^1/_2$ Stunden nach der Operation. Dieser Weg, der in genannter Folge zum erstenmal eingeschlagen wurde zur Entfernung einer Geschwulst, ist gewiß der Nachahmung wert. Freilich wird man nur bei einseitigen solitären Geschwülsten radikalen Erfolg haben, da doppelseitige Geschwülste meist mit einer mehr oder weniger ausgedehnten zentralen Neurofibromatose verbunden sind. **Haeckel** (Stettin).

41) **Ménétrier et Gauckler.** Un cas de kyste du cervelet.

(Soc. méd. des hôpitaux 1904. Juli 8.)

Der 28jährige Pat. bot alle Symptome einer Kleinhirngeschwulst: heftige Kopfschmerzen im Hinterhaupte, schwankenden Gang, zerebrales Erbrechen usw. Die wegen der Heftigkeit der Beschwerden in Aussicht genommene Operation wurde aufgegeben, weil der Kranke, indem er das Gleichgewicht verlor, bald nach rechts, bald nach links hinüberfiel, sich demnach der Sitz der Geschwulst nicht genauer bestimmen ließ. Die Obduktion zeigte eine mandarinengroße Cyste im mittleren Teile des Kleinhirns, welche nach dem mikroskopischen Befunde von einer Neurogliakapsel umgeben und wohl angeborenen Ursprunges war.

Mohr (Bielefeld).

42) **Holz.** Heilung zweier Fälle von Exophthalmus bilateralis und eines Falles von Chorea durch Entfernung der adenoiden Vegetationen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 4.)

In dem ersten Falle war 10 Tage nach der Operation der Exophthalmus beiderseits völlig verschwunden. 2 Jahre später konnte mit einem Rezidive der Vegetationen ein doppelseitiger Exophthalmus wieder konstatiert werden, welcher nach radikaler Entfernung der Rachenmandel für die Dauer zum Schwinden gebracht wurde.

In dem zweiten Falle hatte die doppelseitige Tonsillotomie keinen Einfluß auf den Exophthalmus, wohl aber konnte man deutlich nach Entfernung der Rachenmandel ein allmähliches Zurückgehen beider Bulbi konstatieren. Nach 14 Tagen gänzlicher Schwund des doppelseitigen Exophthalmus.

Bei einem 7jährigen Knaben schwand das ausgesprochene Bild der Chorea minor nach Entfernung der Vegetationen vollkommen.

Aus den obigen Mitteilungen und den einleitenden Bemerkungen zieht Verf. folgende Schlüsse:

1) Exophthalmus, wofern er nicht eine Protrusio bulbi aus mechanischer Ursache ist, rechtfertigt auch als einziges Symptom die Diagnose des Morbus Basedowii.

2) Morbus Basedowii ist in seinen verschiedenen Variationen eine Vergiftung des Zentralnervensystems durch abnorme innere Sekretion.

3) Auch durch adenoide Vegetationen kann Morbus Basedowii hervorgerufen werden, ebenso Epilepsie und Chorea.

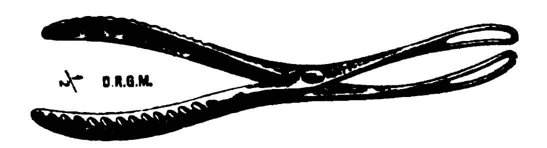
4) Durch Entfernung der adenoiden Vegetationen können Morbus Basedowii, Epilepsie und Chorea geheilt werden.

Es ergibt sich daraus die dringende Mahnung, in allen diesen Krankheiten auf adenoide Vegetationen zu fahnden und sie selbst beim Mangel eines mechanischen Atmungshindernisses zu entfernen. **Langemak** (Erfurt).

43) **E. Braun.** Ein neues Instrument zur Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase.

(Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1904. Nr. 22.)

Ein der Geburtszange nachgebildetes, ebenso anzulegendes und wie jene in zwei gefensterte Löffel zerlegbares Instrument. Lose sitzende Fremdkörper gelingt es häufig mit dem zuerst einzuführenden linken Löffel allein herauszuhebeln, weil



»seine Spitze einen Druck in der Richtung von hinten nach vorn ausübt und eine schiefe Ebene darstellt, die ein Herausgleiten begünstigt«. (Fabrikant: Akt.-Ges. für Feinmechanik in Tuttlingen.) **Gutzeit** (Neidenburg).

44) **Debaisieux.** Un cas de bec-de-lièvre médian.

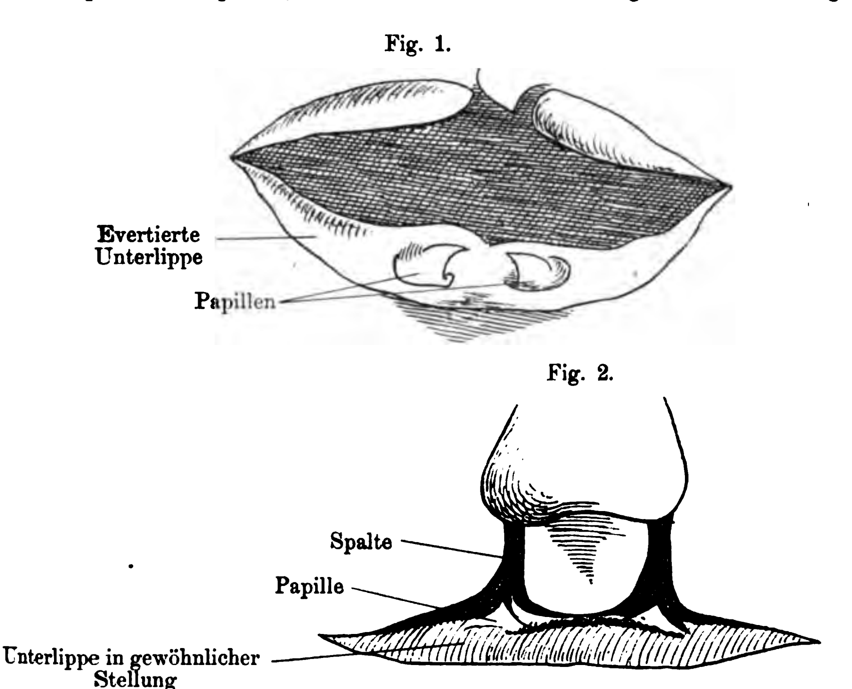
(Bull. de l'acad. de méd. de Belgique 1904. Nr. 10.)

Den Fällen von Lannelongue, Nicati, Otto, Blandin, Bouisson, Witzel fügt D. einen weiteren hinzu. Nicati (conf. Laroche, Thèse de Paris 1823 Nr. 41) war der erste, der die mediane Lippenspalte am lebenden Kinde beobachtete; der Fall wurde nicht operiert. D.'s Fall ist der zweite am Lebenden beschriebene; er wurde operiert und heilte. Die Spalte ging vom Oberlippenrande bis zur Mitte der Oberlippe hin und hörte dort auf; aber auf der Nasenspitze, die übrigens sehr wenig vorragte, zeigte sich wieder eine kleine Spalte: beide wurden durch die Naht geschlossen. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

45) **W. L. Woollcombe.** Mandibular processes associated with double hare-lip and cleft palate.

(Lancet 1905. Februar 11.)

Verf. beobachtete zwei Fälle von schwerer doppelter Hasenscharte mit Wolfsrachen, bei denen sich eigentümliche papillomatöse Veränderungen an der Unterlippe fanden, die von Bland Sutton u. a. auf unvollständige Vereinigung der Processus mandibulares zurückgeführt werden. Die kleinen Papillen waren in Verf.s Fällen etwa 1 cm hoch und bewegten sich fühlerartig mehrere Male in der Minute. Auffallend war, daß sie bei geschlossenen Lippen genau in die Hasenschartenspalten hineinpaßten, und Verf.s Ansicht über diese angeborene Mißbildung



stimmt daher mit derjenigen Hamilton's überein, der diese seltene Erscheinung folgendermaßen erklärt: Während der Entwicklung sind die Schleimhautoberflächen der Lippen in Kontakt; das in Entwicklung begriffene Gewebe der Unterlippe, das den Spalten in der Oberlippe gegenüberliegt, wird in seiner Entwicklung nicht gehemmt und strebt danach, die gegenüberliegenden Spalten kompensatorisch auszufüllen. — Die beistehenden Figuren entstammen der Arbeit Verf.s und stellen die Unterlippe mit den eigentümlichen Wucherungen evertiert und in gewöhnlichem Zustande dar. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

46) **D. G. Zesas.** Die bisherigen Ergebnisse der Nervenpfropfung bei Facialislähmung.

(Sep.-Abdr. aus: Fortschritte der Medizin 1904. Nr. 25.)

Die Literatur über diese Operation ist seit der ersten Nervenpfropfung durch C. A. Ballance in London 1895 noch nicht sehr angewachsen. Im ganzen kann Verf. 26 Fälle aufführen. In 19 Fällen wurde das distale Facialisstück auf den Accessorius, in 7 auf den Hypoglossus gepflanzt. Als Indikation für Facialis-Accessoriuspfropfung sind angegeben: 2mal Tic convulsif, 8mal Schädigung des

Facialis bei Ohraffektionen, 6mal traumatische Schädigungen. Davon wurden durch die Operation geheilt 1; gebessert 4; unentschieden wegen der Kürze der Zeit waren 4 Fälle; ohne Einfluß war die Operation in 1 Falle; bei dem Reste war ein ungünstiges Resultat zu verzeichnen. Die Facialis-Hypoglossuspfropfung wurde in 7 Fällen angewandt, 2mal wegen Trauma, 5mal wegen Facialisschädigungen bei Mittelohrerkrankungen. Der Erfolg war 1mal günstig, 2mal war Besserung zu konstatieren. — Verf. faßt seine Eindrücke aus dieser Literatur dahin zusammen, daß eine Heilung der Beschwerden im Sinne der Restitutio ad integrum durch die Operation bislang kaum erreicht worden ist; die Gesichtsasymmetrie wurde in vielen Fällen gebessert. Für den Erfolg der Nervenpfropfung ist der Zustand der Muskulatur von größter Bedeutung.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

47) **J. Vüllers.** Eine Änderung an der Halskravatte zur ambulanten Behandlung der Cervicalspondylitis.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4.)

Die von Alters her in der Behandlung der Cervicalspondylitis übliche Krawatte hat den Nachteil, daß sie, wenn sie ordnungsgemäß festsitzt, eine Bewegung des Kinnes nicht erlaubt und darum die Pat. am Sprechen und Essen hindert. Um diesem Übelstande abzuhelfen, verwendet Schanz in Dresden eine kleine Modifikation, die in der Anbringung eines beweglichen Kinnteiles besteht.

J. Riedinger (Würzburg).

48) **K. Gerson.** Zur Therapie der Skoliosen.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4.)

Hoffa machte zuerst darauf aufmerksam, daß bei Skoliotischen, die methodische Vorwärtsbeugungen zur Redression ihrer Wirbelsäule und des hinteren Rippenbuckels ausführten, der vordere Rippenbuckel nicht auch redressiert wurde, vielmehr bei diesen Übungen noch stärker hervortrat. Er suchte deshalb von hinten mit beiden Händen den vorderen Rippenbuckel der sich vorbeugenden Pat. zurückzuhalten, wodurch aber nur mühsam und unvollkommen der angestrebte Zweck erreicht wurde. G. hat nun auf Veranlassung Hoffa's einen Apparat konstruiert, der Freiübungen gestattet, während sowohl der hintere als der vordere Buckel redressiert wird. Die Redression wird somit durch aktive Übung der Rückenmuskeln unterstützt. Der obere Teil des Apparates besteht aus einem Rahmen, an dem die Extensions- und Redressionsvorrichtungen, sowie ein Pendel mit verschiebbarem Gewicht angebracht sind. Der untere Teil enthält Vorrichtungen zum Fixieren des Beckens und zum Höher- und Tieferstellen des Pat. auf einem Trittbrett. Es können Vor- und Rückwärtsbeugungen des Oberkörpers, sowie auch Drehbewegungen ausgeführt werden. Druck und Widerstand am Apparate können beliebig reguliert werden. Der Apparat, der auch sonst noch in der Gymnastik zu verwenden ist, wird unter dem Namen »Skoliosen-Schwingungsapparat« vom Medizinischen Warenhaus in Berlin hergestellt.

J. Riedinger (Würzburg).

49) **O. Heine.** Ein vereinfachtes Skoliosegerüst.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4.)

Von den vielen Apparaten, welche auf die Skoliose eine sichtlich intensive Einwirkung ausüben, ist der von Beely »zur gewaltsamen Redression der Wirbelsäule« angegebene einer der vorzüglichsten. Der Rahmen darf aber nicht zu steil gestellt werden, da er sonst lästig wirkt. Am besten stellt man den Rahmen in einen Winkel von ca. 70° zur Senkrechten. Diese Erfahrung benutzte Verf. bei der Konstruktion eines nach dem Prinzipe des Beely'schen Apparates gebauten, aber unverstellbaren Skoliosegerüstes. Der neue Apparat leistet dasselbe wie der Beely'sche, die Übungen auf demselben werden aber nach der Mitteilung des Verf. viel besser ertragen. Er erfordert keine fremde Hilfe, gestattet auch andere Übungen und ist billig.

J. Riedinger (Würzburg).

50) **C. Wahl.** Ein einfacher Detorsionsbügel zum Hessing'schen Skoliosenkorsett.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4.)

Um beide Hälften des Hessing'schen Korsettes zwischen den Rückenschienen zu verbinden, führt W. in der Höhe des Rippenbuckels von der Axillarlinie der tiefliegenden (konkaven) Seite horizontal einen Bügel nach dem Gipfel des Rippenbuckels. Der Bügel besteht aus starkem Federstahl und ist an seinem einen Ende an den Stäben der einen Achselstütze durch Schrauben befestigt; er geht unter der Rückenschiene der eingesunkenen Thoraxhälfte durch, um am anderen Ende, durch eine kleine Pelotte verbreitert, auf den Rippenbuckel zu drücken.

J. Riedinger (Würzburg).

51) **A. Beeli.** Die F. Beely'schen Pendelapparate für Skoliotische.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd. II. Hft. 3.)

Verf. beschreibt zwei Pendelapparate für Wirbelsäulenverkrümmungen, und zwar einen für seitliche Bewegungen und Umkrümmung der Wirbelsäule und einen zu Bewegungen des Oberkörpers nach vorwärts und rückwärts unter gleichzeitiger Überwindung eines dosierbaren ab- und zunehmenden Widerstandes. F. Beely legte die Achse beider Apparate unter den Sitz des in sitzender Stellung übenden Pat. und erzielte dadurch starke Bewegungen des Oberkörpers. Während beide Apparate in allen Fällen die Haltung der Pat. verbessern, auch in schweren Fällen bei fixierter Verkrümmung stark mobilisierend wirken, die subjektiven Beschwerden der Pat. günstig beeinflussen, übt der zweite Apparat auch in gewissem Sinn einen redressierenden Einfluß auf die Wirbelsäule aus. **Hartmann** (Kassel).

52) **L. Monnier.** Ostéomyélite du coccyx.

(Revue d'orthopédie 1904. Nr. 2.)

Beobachtung an einem 17½jährigen Mädchen, bemerkenswert wegen der Seltenheit der Affektion, welche, abweichend von der üblen Prognose der Osteomyelitis des Kreuzbeines, nach Operation günstig verlief. Der Fall wurde zunächst als Typhus gedeutet, bis der plötzliche Abfluß von Eiter in der Steißbeingegend auf die Diagnose führte. **Herm. Frank** (Berlin).

53) **C. H. Mayo.** Thyreoidectomy for exophthalmic goitre, based upon fourty operative cases.

(New York med. record 1904. November 5.)

M. sah deutliche Besserung bei allen, welche die Thyreoidektomie wegen Basedow überlebten. 50% verloren bald die schweren Erscheinungen, 25% erst nach einigen Monaten, und weitere 25% leiden noch an verschiedenen Symptomen.

Die Vorbehandlung mit Belladonna und X-Strahlen wird für vorteilhaft gehalten. 6 Todesfälle werden registriert und beziehen sich auf die 40 im Titel erwähnten Fälle, während andererseits erwähnt wird, daß die Gesamterfahrung des Verf.s sich auf 120 verschiedene Operationen an der Schilddrüse mit 8 Todesfällen beziehe. Bei sehr schweren Zuständen wird jedenfalls die Vorbehandlung eingeleitet, event. wird die Operation abgelehnt.

Die mit Röntgen vorbehandelten Fälle zeigten erhebliche Sklerosierung des Lymphsystems. **Loewenhardt** (Breslau).

54) **H. D. Rolleston and T. R. C. Wipham.** A hat pin 4¾ inches long in the oesophagus producing a false aneurysm of the superior mesenteric artery.

(Lancet 1905. Februar 11.)

Bei einem 3jährigen Mädchen, das unter Erscheinungen tuberkulöser Peritonitis und Hämatemesis schwer krank war und starb, fand sich in der Speiseröhre eine

13 cm lange, mit der Spitze nach oben sehende Hutnadel. Der Kopf fehlte. Er war wahrscheinlich losgegangen und durch den Darm abgegangen. Das Kopfende hatte die Speiseröhrenwand durchbrochen, war vor der Aorta vorbei durch das Zwerchfell hinter dem Magen vorbei und durch das äußerste Ende des Pankreas gedrungen. Unmittelbar über dem Duodenum perforierte es die obere Wand der Art. mesenterica superior, wo es ein kirschgroßes falsches Aneurysma bildete. — Zwei Photographien erläutern die Lage der Nadel. — An einen derartigen Fremdkörper war während des Lebens nicht gedacht. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

55) **B. Wagner.** Verbesserte Oliven-Dilatationssonde zur Erweiterung von Ösophagusstenosen.

(Med. Klinik 1905. Nr. 6.)

Um ein leichteres Hineingleiten in die Speiseröhre und das Anstoßen an der hinteren Rachenwand zu vermeiden, hat Verf. zwischen der Olive und dem eigentlichen Sondenstab ein festes Kugelgelenk angebracht (Abbildungen). Verfertiger: Vick-Rostock. **G. Schmidt** (Berlin).

56) **K. Cramer.** Ein Fall von Defekt des Musculus pectoralis major und minor rechterseits.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4.)

Bei einem 10 Jahre alten Mädchen konnte folgender Befund erhoben werden: Rechterseits völliges Fehlen des Pectoralis major und minor und des Panniculus adiposus an dieser Körperpartie, Trichterbrust, Riffelung der Schneidezähne, kleiner Kropf, Hochstand der linken Schulter, Tiefstand der linken Brustwarze, linkskonvexe Dorsocervikalskoliose, Hypertrophie der vorderen Partie des rechten Deltoideus; Dünnheit der Haut an der Vorderseite der rechten Brustkorbhälfte, rachitische Plattfüße, X-Beine, ungleiche Länge der Schlüsselbeine und Oberarme. Die Beweglichkeit der rechten Schulter und des rechten Oberarmes sind nicht gestört. Unterhalb des Processus coracoideus fühlt man dicht unter der Haut einen kleinen harten Strang, der zum Oberarme hinzieht. Aus diesem Strange wurde ein Stückchen exzidiert. Die mikroskopische Untersuchung ergab einen hohen Grad von Degeneration, ein Umstand, der nicht an angeborenen Mangel, sondern an Muskeldystrophie denken läßt. **J. Riedinger** (Würzburg).

57) **Cahen** (Mannheim). Ein Fall von traumatischer Lungenhernie ohne äußere Verletzung.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 1.)

Die Hernie war erst einige Wochen nach einem Unfall aufgetreten, ohne daß ein Rippenbruch bestanden hatte. Sie tritt bei gebückter Stellung des Mannes im rechten Sternoklavikularwinkel hervor und schwindet wieder bei aufrechter Körperhaltung; auch bei forcierter Exspiration wölbt sie sich als hühnereigroße Geschwulst vor. Öfters klemmt sie sich ein, läßt sich dann aber wieder durch Druck von außen reponieren. Eine operative Behandlung ist vom Pat. abgelehnt worden.

Kramer (Glogau).

58) **E. Meyer.** Zur Behandlung des Empyem.

(Med. Klinik 1905. Nr. 6.)

Eine konsekutive Wirbelsäulendeformation bei einem Kind und eine Intercostalisblutung bei einem Arteriosklerotiker nach kostaler Pleurotomie, d. h. nach Rippenresektion, veranlaßten den Verf., von da an den Brustfellraum interkostal zu eröffnen und das Loch durch Einlegen einer dicken Trachealkanüle offen zu halten, deren inneres Rohr beliebig gewechselt und bei den Spülungen durch einen weichen Katheter ersetzt wird. Ein jauchiges Empyem eines alten Mannes wurde so schnell zur Ausheilung gebracht. **G. Schmidt** (Berlin).

59) **H. Lett.** An analysis of 99 cases of inoperable carcinoma of the breast treated by oophorectomy.

(Lancet 1905. Januar 28.)

Der im Meeting der Royal med. an surg. society gehaltene Vortrag analysiert die Erfolge von 99 Oophorektomien wegen inoperablen Brustkrebses. Die große Statistik ergibt beachtenswerte Tatsachen über die Leistungsfähigkeit der Operation. Sehr bedeutende Besserung trat ein in 23,2%, deutliche Besserung in 13,1%; läßt man die Pat. über 50 Jahre fort, so sind sogar 41,3% durch die Operation gebessert. Die Besserung bestand im wesentlichen in Linderung der Schmerzen, Hebung des Allgemeinbefindens, Verkleinerung oder selbst Schwinden der Geschwulst, Abheilung der Geschwüre und Verlängerung des Lebens. In einem Falle konnte man von Radikalheilung sprechen. In 15 Fällen hielt die Besserung mehr als 12 Monate an, 5 Pat. erfreuten sich guter Gesundheit für $4^1/_2$ Jahre und länger. — Wenn die Geschwulst nach der Eierstocksexstirpation auf das mutmaßlich kleinste Maß geschrumpft ist und beweglich wird, dann ist die Amputation der Brust indiziert. Das günstigste Alter für die Oophorektomie lag zwischen 45 und 50 Jahren. Die Menopause bedeutet keine Kontraindikation, wohl dagegen sekundäre Karzinomatose. Schnelles Wachstum und baldiges Rezidiv machten die Prognose ungünstig. Die Mortalität der Operation selbst war 6%. In einem Falle von Pearce Gould war es infolge zufällig eintretenden Todes einer Pat. einige Zeit nach der Operation möglich, die regressiven Veränderungen in der Brustdrüse histologisch zu untersuchen. Es fand sich sehr auffallende fibröse Umwandlung und Atrophie der zelligen Elemente.

Eine sichere Erklärung der eigentümlichen Verhältnisse steht zurzeit noch aus, nur Theorien lassen sich aufstellen. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

60) **Haenisch.** Über die Nearthrosenbildung bei Luxatio radii anterior inveterata.

Inaug.-Diss., Zürich, 1904.

H. veröffentlicht einen Fall von veralteter Luxatio radii anterior im Anschluß an einen Ulnabruch an der Grenze von Oberarm und mittlerem Drittel, bei dem sich eine so vorzügliche Nearthrose gebildet hatte, daß die Funktion nur in geringem Grade beeinträchtigt wurde. Über dem Capitulum humeri (Eminentia capitata) befand sich eine umfängliche, glattwandige, runde, tiefe Gelenkpfanne, die fast die ganze Dicke des Humerus durchsetzte und von der Fossa coronoidea nur durch eine dünne Knochenleiste getrennt war. Im Gegensatze zu Befunden an anderen Präparaten war hier ein gewisser Grad von Knochenschwund zu konstatieren: es fehlten die Knochenwucherungen und Osteophytenbildung in der Umgebung der Pfanne und der Nearthrose, das verrenkte Radiusende war verschmächtigt, der Kopf zugespitzt und ohne eine Andeutung von Hals. Im Bereiche des Ulnabruches hatte sich infolge von Verknöcherung des Lig. interosseum eine Synostose zwischen Ulna und Radius entwickelt, welche die Pro- und Supination hemmte. H. illustriert seine Ausführungen durch Wiedergabe einiger sehr gut gelungener Röntgenphotographien und einiger Abbildungen von ähnlichen Präparaten.

Deutschländer (Hamburg).

61) **C. Ghillini** (Bologna). Bruch der unteren Epiphyse des Radius bei Automobilmechanikern.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XIII. Hft. 4.)

Durch Bewegen der Kurbel am Automobil kann ein derartiger Stoß auf die Handfläche in der Gegend des Ballens erfolgen, daß entweder eine Verrenkung des Daumens oder ein Bruch des Radius erfolgt. Es kann sich um einen direkten, aber auch um einen indirekten, d. h. um einen Rißbruch durch Hyperextension des Handgelenkes handeln. — Bei dem von G. beobachteten 34 Jahre alten Pat. handelte es sich um einen indirekten Bruch. Verf. geht auf den Mechanismus dieses Bruches näher ein.

Die ersten Mitteilungen über den Radiusbruch bei Automobilisten stammen von Lucas-Championnière, Ljot, Demoulin und Walther.

J. Riedinger (Würzburg).

62) **E. Hain.** Über Spalthand und Spaltfuß.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. II. Hft. 3.)

Verf. beschreibt diese Mißbildungen an drei Generationen, nämlich an Großvater, Mutter und Sohn. Beim Großvater ist die Defektbildung nur an beiden Händen, und zwar in so geringem Grad entwickelt, daß man nur von einer Andeutung sprechen kann. Bei der Mutter ist die Mißbildung am meisten ausgeprägt und betrifft in typischer Ausbildung alle vier Extremitäten in beinahe gleicher Weise, um beim Sohn in geringerem Grade wiederzukehren, bei dem hauptsächlich die rechte Hand und der rechte Fuß verbildet ist. Nach H.'s Zusammenstellung sind bis jetzt 67 Fälle von Spalthand veröffentlicht, von denen nicht weniger als 27 (40%), die ihre Mißbildung nachweisbar durch Erbschaft überkommen haben. Ätiologisch sollen alle kongenitalen Defektbildungen an den Extremitäten auf einer mangelhaften Keimanlage beruhen (endogene Ursache). Drei photographische Reproduktionen und acht Röntgenbilder sind dieser Arbeit beigefügt.

Hartmann (Kassel).

63) **Peisker.** Ein Beitrag zur Differentialdiagnose von verheilten Beckenfrakturen und Coxa vara.

Inaug.-Diss., Breslau, 1904.

P. teilt zwei Fälle von verheiltem Malgaigne'schen Beckenbruch aus der Breslauer chirurgischen Klinik mit, die ganz ähnliche Bilder wie die Coxa vara boten und als solche auch anderwärts begutachtet worden waren. Auch hier fanden sich ausgesprochene Atrophien der Gesäß- und Oberschenkelmuskulatur, Hochstand des Trochanter major, Beinverkürzung, Adduktionsstellung, Auswärtsrotation und behinderte Innenrotation und Abduktion; aber im Gegensatze zu Coxa vara trat die Trochantergegend nicht hervor, sondern war abgeflacht, Tuber ischii war disloziert, und infolgedessen verlor die Feststellung der Roser-Nélaton'schen Linie ihre Bedeutung. Außerdem ergab die rektale Untersuchung deutliche Calluswucherungen am Beckenring, und die Röntgenaufnahme zeigte klar den Verlauf der Bruchlinien.

P. macht daher darauf aufmerksam, daß die äußere Form der Trochantergegend sowie das Verhalten des Tuber ischii von hoher differentialdiagnostischer Bedeutung seien und betont die Notwendigkeit, zur Sicherung der Diagnose in zweifelhaften Fällen die Untersuchung vom Mastdarm aus und mit Röntgenstrahlen vorzunehmen.

Deutschländer (Hamburg).

64) **D. Schwarz.** Ein Fall von beidseitigem Aneurysma der Art. poplitea. Ligatur der Art. femoralis. Heilung.

(Liečnički viestnik 1905. Nr. 2. [Kroatisch.])

Beim 49jährigen Pat., der an Stenose und Insuffizienz der Aorta leidet, wurde zuerst die systematische digitale Kompression der Art. femoralis versucht, und als diese erfolglos blieb, zu beidseitiger Unterbindung derselben vor dem Eintritt in den Adduktorenschlitz geschritten. Die Pulsation verschwand, die Geschwulst verkleinerte sich. Nach 3 Monaten stellt sich Pat. wieder vor im besten Wohlbefinden. Weitere Verkleinerung der Geschwulst. Keine Pulsation.

v. Cačković (Zagreb-Agram).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

// Zentralblatt
für
CHIRURGIE
herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 13. Sonnabend, den 1. April. 1905.

I.

(Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Freiburg i. B. Direktor: Geh. Hofrat Dr. Kraske.)

Über Knochenbildung in Strumen.

Von
Dr. E. Sehrt,
Assistenzarzt der Klinik.

Nachdem in der neueren Zeit in verkalkten Geweben verschiedenster Art, wie in verkalkten Herzklappen, Arterienwänden, Lymphdrüsen und Tonsillen, Knochen nachgewiesen worden ist, untersuchte ich nach dieser Richtung hin die in Strumen der Schilddrüse vorkommenden Kalkherde.

Von 28 Strumen, die in den Monaten Januar Februar und März in hiesiger Klinik operiert wurden, wiesen unter 14 mit mehr oder weniger ausgedehnten Verkalkungen (des bindegewebigen Stromas) versehenen Kröpfen fünf echte, zum Teil recht ansehnliche Knochenherde mit Osteoblasten, Knochenmark usw. auf. Und zwar handelt es sich um teils dem normalen gleichenden, lamellären Bau zeigenden Knochen, teils um weniger regelmäßige Bildungen von Knochengewebe.

Diese Knochenherde von unregelmäßiger Gestalt finden sich sowohl mitten in den verkalkten Partien, als auch in den Randgebieten derselben und schließen zentrale Markhöhlen ein. Der die Markhöhle umgebende Mantel von Knochensubstanz ist an verschiedenen Stellen verschieden dick und sitzt seinerseits natürlich den verkalkten Massen auf, deren lakunären Ausbuchtungen er folgt. Nach der zentral gelegenen Markhöhle zu findet sich in zwei Fällen an der Oberfläche des Knochens ein Belag wohlgestalteter Osteoblasten. Der Markraum selbst enthält im Durchschnitte typisches Markgewebe, bestehend aus Fettgewebe, Gefäßen, roten Blutkörperchen, den verschiedenen Formen der Markzellen und Riesenzellen. An manchen Stellen zeigt jedoch das Mark eine mehr fibröse Beschaffenheit, besonders da, wo die Markhöhle eine Strecke weit direkt von verkalkten Massen begrenzt wird, die auch hier wie unter dem Knochensaume lakunäre Ausbuchtungen zeigen. Daß diese lakunären Ausbuchtungen und somit die Höhlen überhaupt durch resorptive Tätigkeit von seiten des Bindegewebes entstanden sind, zeigen deutlich Stellen, wo lockeres, gefäßhaltiges Bindegewebe in die verkalkten Massen eingedrungen ist und den Kalk auszuhöhlen scheint. Auch finden sich zwischen den Maschen des eingedrungenen Gewebes, als Überreste der früher an dieser Stelle vorhanden gewesenen soliden Kalkmassen, hie und da noch einige kalkige Schollen.

Längs der zerklüfteten Wand solcher Kalkhöhlen finden sich angelagert zum Teil langgestreckte Zellen, aus denen sich Osteoblasten bilden. Gestützt wird diese Annahme dadurch, daß an einem kleinen Wandvorsprung sich in der Tat ein Belag von 5—6 Zellen findet, die ihrer Form nach völlig als Osteoblasten imponieren, trotzdem es zur Knochenablagerung noch nicht gekommen ist.

Weitere systematische Untersuchungen werden aller Wahrscheinlichkeit, wie ja jetzt schon aus den positiven Untersuchungsresultaten (bis jetzt in 35% aller verkalkten Strumen) — die sich übrigens eng an die von Rohmer erhobenen Befunde über Knochen in verkalkten Arterien anschließen — eines relativ geringen Materiales vermutet werden kann, ergeben, daß Knochenbildung in Strumen nicht ein so seltenes Vorkommnis ist, wie man seither anzunehmen geneigt war, daß dieselbe im Gegenteil relativ häufig sich findet.

Literatur.

Aschoff, Verkalkung. Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie, Lubarsch-Ostertag. VIII. Jahrg. 1902.

v. Eiselsberg, Krankheiten der Schilddrüse. Deutsche Chirurgie 1901.

Rohmer, Über Knochenbildung in verkalkten endokarditischen und endarteriitischen Herden. Inaug.-Diss., Straßburg, 1901.
Ziegler, Lehrbuch der speziellen Pathologie und pathologischen Anatomie. 1902. s. Struma ossea.

II.

Cachexia und Tetania thyreopriva.

Von
Prof. **Lanz** in Amsterdam.

In den Jahren 1894—1902 habe ich in Bern zu serotherapeutischen Versuchen und zu Zuchtzwecken ingesamt 30 Ziegen der verschiedensten Altersstufen thyreoidektomiert.

Über diese Versuche habe ich zuerst auf dem Physiologenkongreß 1895 referiert, und es sind meine serotherapeutischen Absichten in der Folge auch von anderer Seite (Burghart und Blumenthal: Rodagen; Möbius: Antithyreoidserum) aufgenommen worden. Über den anderen Teil meiner Versuche, die Progenitur Thyreopriver, habe ich auf dem letztjährigen Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie Mitteilungen gemacht.

Ein Punkt, der mir bei der Fortsetzung meiner Experimente erst in der letzten Zeit so recht eigentlich zum Bewußtsein gekommen, ist nun der folgende:

Von meinen 30 in Bern thyreoidektomierten Ziegen ist nur ein einziges Tier an akuter Tetania thyreopriva im unmittelbaren Anschluß an die Operation eingegangen; alle anderen haben teils hochgradige, teils leichtere Formen von Kachexie, teils beinahe keine Ausfallserscheinungen gezeigt.

Ganz anders die Operationen in Holland: Von 20 in den letzten 2 Jahren in Amsterdam ebenfalls in den verschiedenen Altersstufen thyreoidektomierten Ziegen sind im ganzen 9, also beinahe die Hälfte, innerhalb der ersten Wochen nach der Operation an akuter oder subakuter Tetanie eingegangen!

Wie ist nun ein solcher Unterschied zu erklären? .... Denn ein so auffälliges Mißverhältnis kann doch wohl kein zufälliges sein, zumal da die Operationen ja von einer und derselben, in Schilddrüsenoperationen vielfach geübten Hand ausgeführt wurden.

Man erinnere sich, daß infolge der Totalexstirpation der strumösen Schilddrüse Kocher und Reverdin in Bern und Genf seinerzeit Cachexia thyreopriva resp. Myxoedème opératoire beobachteten, daß dagegen Billroth in Wien als Folgeerscheinung der totalen Thyreoidektomie Tetanie auftreten sah.

Dieser Unterschied ist niemals erklärt worden; vielleicht werfen meine Versuche Licht auf denselben; denn die einzige Erklärungsmöglichkeit scheint mir in der Annahme des verschiedenen funktionellen Wertes der Schilddrüse in verschiedenen Ländern zu liegen. Zudem habe ich schon vor 10 Jahren darauf aufmerksam gemacht, daß in

der Schweiz nicht nur die menschliche, sondern auch die tierische Schilddrüse viel häufiger entartet gefunden wird, als z. B. bei dem importierten italienischen Schlachtvieh.

Neuerdings ist zwar namentlich von Pineles behauptet worden, daß nicht sowohl die Schilddrüse, sondern die Nebenschilddrüsen resp. ihr Ausfall die Ursache der Tetanie, daß die Tetanie parathyreogenen, gleichwie die Kachexie thyreogenen Ursprunges sei.

Jedenfalls sprechen die oben genannten Ergebnisse meiner Thyreoidektomien an Ziegen gegen diese Auffassung von Pineles; denn die tödliche Tetanie ist bei den holländischen Ziegen nach ein- und derselben Operation aufgetreten, welche in der Schweiz zu' Kachexie geführt hat. Es sprechen ferner dagegen die positiven therapeutischen Resultate der Schilddrüsenmedikation bei thyreotetanischen Menschen sowohl wie bei experimenteller Tetanie des Hundes, die von verschiedenen Seiten — auch von uns — konstatiert worden sind. Denn diesen therapeutischen Effekt damit zu erklären, daß zugleich mit der Schilddrüse auch die Nebenschilddrüse verfüttert worden sei, das scheint mir doch etwas bei den Haaren herbeigezogen zu sein.

Definitiven Aufschluß, wie es um die Theorie von Pineles steht, würde wohl am ersten die Verfütterung oder Injektion von Nebenschilddrüsensubstanz geben, und eine der großen chemischen Fabriken würde sich ein Verdienst damit erwerben, wenn sie uns, gleichwie das Adrenalin, so auch ein Parathyreoidin zu Versuchszwecken in die Hand geben würde.

---

1) **Hildebrand.** Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie. IX. Jahrg. 1903.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1904.

Der Empfehlung, welche ich dem Werke seit Jahren angedeihen lassen konnte, hätte ich auch diesmal nichts Besonderes hinzuzusetzen. H.'s Jahresbericht ist für den wissenschaftlichen Arbeiter ein nahezu unentbehrliches Nachschlagewerk geworden, insofern es ihm durch seine umfassenden Referate Gelegenheit gibt, sich rasch darüber zu orientieren, was wichtig ist, was nicht, und insofern es ihm auch durch die praktische Einteilung und Zusammenfassung des Zusammengehörigen die Zeit des Zusammensuchens der Literatur eines zu bearbeitenden Gebietes erspart. Ich habe das eine und andere nicht unwichtige Referat in dem Werke nicht gefunden. Das soll kein Vorwurf sein; denn bei der Fülle des Materiales kann manche versteckte Arbeit entgehen. Ich halte es deswegen für angebracht, hier die Mahnung des Herausgebers zu reproduzieren, daß die Fachgenossen durch Übersendung von Separatabdrücken oder Hinweis auf ihre Arbeit das wertvolle Werk unterstützen möchten.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

2) Burkhardt. Über Art und Ursache der nach ausgedehnten Verbrennungen auftretenden hämolytischen Erscheinungen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 4.)

Trotz aller möglichen experimentellen und klinischen Untersuchungen über die Todesursache bei schweren Verbrennungen ist noch keine allgemein befriedigende Erklärung gefunden worden. Nachgewiesen sind jedenfalls Veränderungen des Blutes, besonders Auflösungserscheinungen der roten Blutkörperchen. Es war deshalb der Gedanke naheliegend, daß spezifische Hämolysine die Ursache der hämolytischen Vorgänge nach Verbrennungen sind, und Verf. stellte Versuche an, ob bei Verbrennungen derartige toxische Substanzen gebildet werden. Diese Untersuchungen wurden nach dem Ehrlich-schen Verfahren ausgeführt, d. h. es wurde eine 5—10%ige Lösung der roten Blutkörperchen aus dem defibrinierten Blute hergestellt. Zu dieser Lösung wurde das auf seine hämolytische Wirkung zu prüfende Blutserum in verschiedener Quantität tropfenweise zugesetzt. Die Mischung wurde dann auf ihre Durchsichtigkeit und unter dem Mikroskop auf ihre Agglutination beobachtet.

B. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Schlusse, daß mittels der gewöhnlichen Methodik des Reagensglasversuches toxische Hämolyse nach Verbrennungen nicht nachweisbar ist, und daß seine Giftwirkung für den tödlichen Ausgang nicht verantwortlich gemacht werden kann. Die in vielen der von ihm angestellten Versuche aufgetretenen hämolytischen Erscheinungen können nur Folge der direkten Einwirkung der Hitze auf das Blut sein. Die Hämolyse entsteht dabei nicht durch Zerfall roter Blutzellen, sondern infolge einer Schädigung der Kontinuität der halbdurchlässigen Wand derselben, die ein allmähliches Austreten des Hämoglobins in das Serum gestattet. Für den tödlichen Ausgang kann diese ungleichmäßige und inkonstant auftretende Hämolyse in der Regel nicht als Ursache angesehen werden, da sie nicht intensiv genug ist.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

3) N. N. Petrow. Die Mischinfektion bei chirurgischer Tuberkulose.

(Russisches Archiv für Chirurgie 1904. [Russisch.])

Auf Metschnikow's Anregung und in seinem Laboratorium entstanden, bestätigt die Arbeit, was wir über die Mischinfektion bisher wußten, und fügt die Ergebnisse experimenteller Forschungen hinzu.

1) Untersucht wurde kulturell und mikroskopisch der Eiter von 44 offenen und 57 geschlossenen tuberkulösen Herden, also im ganzen 101 Fall. Von den 57 geschlossenen Herden erwiesen sich 49 als steril, davon befanden sich 7 im Zustande entzündlicher Reizung (3 mit erhöhter Temperatur). In den übrigen 8 Fällen wurden Bakterien gefunden, doch ließ sich überall eine Eingangspforte nachweisen:

frühere Punktionen, benachbarte Geschwüre und Schrunden usw. In 41 der offenen Herde wurden Bakterien gefunden: 23mal Staphylokokken, (16mal albus, 6mal aureus, 1mal citreus), 18mal Streptokokken usw. In den 3 übrigen Fällen konnte nur sehr wenig Material zur Untersuchung erlangt werden. 27mal wurde auch mikroskopische Durchforschung von Gewebsstücken, besonders aus der Wand der Herde vorgenommen. Dabei ergab sich, daß bei infizierten Tuberkulosen der Knochen, Gelenke und Lymphdrüsen die Bakterien sich gewöhnlich in die Wand der Herde nicht einnisten.

2) Durch seine Tierversuche wollte P. den Einfluß sekundärer Infektion auf floride Tuberkulose klarlegen.

Er spritzte Tuberkelbazillenemulsion Meerschweinchen oder Kaninchen in beide Kniegelenke und infizierte ein Gelenk nach einigen Tagen mit Kokken, Tetragenus oder Pyocyaneus. In den zwei ersten Serien gingen die Tiere an der Sekundärinfektion sehr schnell zugrunde, so daß die Versuche umsonst waren. Doch konnte an der Synovialis der sekundär infizierten Gelenke beobachtet werden, daß die Tuberkelbazillen tief im Gewebe saßen, »wohin sie durch die reichlich zugeströmten Leukocyten verschleppt waren«. In der dritten Serie (Kaninchen) konnte beobachtet werden, daß der Prozeß in den sekundär infizierten Gelenken stürmischer verlief, und daß die Generalisation der Tuberkulose schneller zustande kam. Letzteres wird dadurch erklärt, daß, während bei den langsam verlaufenden nicht infizierten Fällen durch formative Entzündung eine Schutzwehr um den Tuberkuloseherd gebildet wird, die Schutzwehr bei den akut verlaufenden infizierten Fällen nicht zustande kommt und so die Tuberkelbazillen schnell in den Körper verschwemmt werden können.

Es bestätigt also das Experiment die klinische Erfahrung, daß durch Mischinfektion der ursprüngliche Prozeß angefacht wird.

V. E. Mertens (Breslau).

---

4) **M. Silbermark.** Über die geweblichen Veränderungen nach Plombierung der Knochenhöhlen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 290.)

S. hat, um Material zum Studium der bei Mosetig's Knochenplombierungen vorgehenden Knochenregenerationsvorgänge zu gewinnen, Experimente an mittelgroßen Hunden jugendlichen Alters vorgenommen. Aseptisch wurde an dem langen Metatarsus der Hinterextremität nach Spaltung und Rücklegung des Periostes ein 6 mm im Durchmesser messendes Loch durch Corticalis und Mark bis zur Rinde der gegenüberliegenden Seite mittels Fraise hineingebohrt, dieses Loch dann entsprechend der Mosetig'schen Technik plombiert, durch Naht von Periost und Haut geschlossen, die Wunde mit Kollodium verklebt. Dann Entnahme der behandelten Knochenteile zu verschiedenen Terminen, so daß Untersuchungsmaterial vom 3.—35. Tage nach der Operation verfügbar war, welches dann mit Entkalkung, Färbung etc. kunstgerecht histologisch verarbeitet ist.

Die Untersuchungsbefunde werden mitgeteilt und durch 8 histologische Abbildungen erläutert. Beschreibung wie Bild zeigen in sehr interessanter Weise den allmähligen Ersatz der Plombenmasse durch Knochenneubildung, bei welcher man den bekannten mikroskopischen Details der Knochenbildung wieder begegnet. In den der Höhle anliegenden Kanälchen sieht man starke Erweiterung der Querschnitte unter gleichzeitiger Bildung sehr zahlreicher Elemente nach Art der Osteoblasten. In der Höhle tritt zunächst ein spindelzelliges, fibroplastisches Gewebe auf, in dem sich frühzeitig osteoide Bälkchen bilden, welche unter Kalksalzaufnahme allmählich zu neuer Spongiosa heranreifen und mit der Compacta in Verbindung treten. Vom Periost aus wird ebenfalls neues Knochenmaterial geliefert.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

5) **R. Seggel.** Experimentelle und histologische Beiträge zur Anatomie und Pathologie des Gelenkknorpels. I. Verhalten des Knorpels bei Übertragung in die Bauchhöhle. II. Studien über Knorpelwunden und Defekte. III. Histologische Untersuchungen über die Veränderungen des Knorpels bei Gelenktuberkulose.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 326 u. 453; Bd. LXXVI. p. 42.)

Die erste der genannten Arbeiten berichtet über an Kaninchen angestellte Experimente. Den Tieren wurde ein Kniegelenk eröffnet und aus der Konvexität jedes Condylus femoris und der Fossa intercondyloidea ant. ein flaches Stück abgeschält, um nach Eröffnung der Bauchhöhle in dieser an verschiedenen Stellen (an der Innenseite der Laparotomiewand — Wunde? Ref. —, im Netze, Dünndarmgekröse usw.) eingepflanzt zu werden. Nach Tötung der Tiere zu verschiedenen Terminen erfolgte die mikroskopische Untersuchung der eingepflanzten Stückchen. Der zweite Aufsatz beschäftigt sich mit Untersuchung der verwundeten Knorpelstellen im Kniegelenke der Versuchstiere, der dritte endlich mit der histologischen Untersuchung des Knorpels in tuberkulösen Gelenken, stammend aus dem Materiale der Marburger Klinik. Der wesentliche Inhalt sämtlicher Arbeiten besteht in den Protokollen bezw. ausführlichen Beschreibungen der mikroskopischen Befunde, denen leider gar keine Abbildungen beigefügt sind. Über die über die gleichen Gegenstände von früheren Forschern ererhobenen Befunde wird vergleichender Bericht erstattet. Bei dem im wesentlichen rein pathologisch-theoretischen Interesse von S.'s Untersuchungen sollen deren Hauptergebnisse nur kurz angedeutet werden. Ad I. Der aus der Kontinuität in die Bauchhöhle versetzte Gelenkknorpel des Kaninchens besitzt eine sehr ausgesprochene Vitalität und erleidet mit der Zeit eine Umwandlung in Knochengewebe durch Apposition und Metaplasie ohne gleichzeitige regressive Veränderungen. Es bildet sich rund um das Knorpelstückchen ein neues Gewebe, das sich als wirklicher Knochen ausweist. Infolgedessen werden die

Stückchen in den späteren Stadien zunehmend stärker, knochenähnlicher, so daß sie vom 30. Tage an zum Untersuchungszweck, wenn auch kurz, entkalkt werden mußten. Bedingung für Zustandekommen dieser produktiven Gewebsveränderungen ist Ernährung der Stückchen vom Bauchfell aus; wurden Knorpelstückchen, die in eine Zelloidinkapsel eingeschlossen waren, in die Bauchhöhle gepflanzt, so blieben sie aus. Ad II. »Der Knorpel besitzt in loco eine Reaktion auf traumatische Eingriffe, die in einer oft sehr starken Proliferation der Knorpelzellen mit Auftreten von Mitosen besteht. Sie kann sogar zu Knorpelneubildung mit Neuformung von Grundsubstanz führen, diese bleibt aber immerhin umschrieben und liefert jedenfalls nur einen ganz geringen Beitrag zur Bildung des Ersatzgewebes, das als bindegewebige Narbe zu betrachten ist und bei Mitbeteiligung des Markes zum größten Teil aus demselben durch bindegewebige Metaplasie hervorgeht. Ist der Defekt in der Nähe einer Ligamentinsertion oder des Kapselansatzes, so wird der Ersatz in Form eines Pannus von demselben geliefert; ist der Defekt ganz zentral gelegen und oberflächlich, so bleibt er mehr oder weniger bestehen, ebenso wie einfache Inzisionen noch nach 14 Tagen ohne jede Reaktion sind.« Ausgedehnte Degenerationen des Knorpels hat S. nicht gefunden, die Umwandlung bindegewebiger Knorpelnarbe in Knorpel bezweifelt er. Ad III. Die Befunde am Knorpel tuberkulöser Gelenke sind außerordentlich verschiedenartig und scheinen in ihrer ungleichen pathologischen Hochgradigkeit von der von Fall zu Fall wechselnden Erkrankungsintensität, bezw. dem Virulenzgrade der tuberkulösen Infektion abzuhängen. In leichteren Erkrankungsgraden zeigen die Knorpelzellen, wesentlich wohl unter dem Einflusse der Hyperämie, eine reaktive Wucherung und enthalten auch noch Glykogen. Auch Osteoidbildung kommt vor. Bei schwereren Infektionsgraden starben die Knorpelzellen, manchmal auch nach vorherigen regressiven Veränderungen, rasch ab. In sich bildender pannöser Auflagerung dringt ein Wall von Fibroblasten bezw. Granulationszellen gegen den Knorpel vor, dessen Grundsubstanz verdaut wird und schließlich spurlos verschwindet. Ähnliche Befunde boten sich bei septischen Gelenkeiterungen, sowie bei Knorpelusuren in einem außer Funktion gesetzten Fußgelenk und bei einer Coxa vara: einfache Aufzehrung oder Verdauung des gefäßlosen Knorpelgewebes ohne Reaktion seiner Zellen durch das benachbarte vaskularisierte bezw. Granulations- oder Narbengewebe. Nur eine Reaktion der Knorpelzellen beobachtete S. in einem Falle von Tuberkulose und in dem außer Funktion gesetzten Fußgelenke: nämlich am Fibroblastenrande einen Saum von osteoidem Gewebe, der durch Metaplasie der Knorpelzellen entstanden ist.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

6) **Franz.** Klinische und experimentelle Beiträge betreffend das Aneurysma arteriovenosum.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 2.)

F. publiziert die Krankengeschichte eines 12jährigen Knaben, der durch die abgebrochene Klinge eines in den Oberschenkel gedrungenen Federmessers ein Aneurysma arteriovenosum erwarb. Erwähnenswert ist, daß die Hauttemperatur des kranken Beines eine höhere war wie die des gesunden, und daß infolge der stärkeren Blutzufuhr das erstere um 3 cm gegenüber dem anderen verlängert war. Außerdem bestand noch Anakrotie der über dem Aneurysma aufgenommenen sphygmographischen Kurven. Bramann zieht die Tatsache in Frage, daß dieser Anakrotismus für das arteriell venöse Aneurysma charakteristisch sei, speziell für die Venenpulsation im Gegensatze zu Ebenau. Verf. glaubte deshalb diese Eigentümlichkeiten der Temperatur und Blutdruckverhältnisse am Experimente prüfen zu sollen. Es gelang ihm bei Tieren, sowohl eine einfache arteriell venöse Fistel als auch ein Aneurysma mit intermediärem Sack zu bilden. Nach verschiedenen resultatlosen Vorversuchen bediente er sich dazu eines Verfahrens, das dem der Anlegung der lateralen Enteroanastomose gleicht. Sowie die Blutung stand, war die Kommunikation zwischen Arterie und Vene wahrnehmbar und konnte monatelang ohne Eintritt einer Thrombose anhalten. Sofort war stets nach Herstellung der Kommunikation eine erhebliche Dilatation des peripheren Venenendes zu erkennen. Das letztere bekam meist den doppelten Umfang. Ebenso deutlich war der Einfluß des arteriellen Blutes auf die Pulsation. Sowohl zentral wie peripher pulsierte die Vene sichtbar und fühlbar. Es wurden auch zahlreiche Pulskurven aufgenommen, eine recht mühevolle Arbeit, welche ergab, daß die Pulsation im peripheren Venenabschnitt es ist, welche das typische Bild der Anakrotie zeigt. Was das Schwirren anlangt, so hat der Zusammenstoß der beiden verschiedenartigen Blutströme nichts mit ihm zu tun. Für das Schwirren und das kontinuierliche Geräusch existiert dasselbe Gesetz. Sie sind bedingt durch die Oscillationen des Blutes und werden erst sekundär den Gefäßwänden mitgeteilt. Es handelt sich dabei ausschließlich um Oscillationen des arteriellen Blutes, das venöse kommt nicht in Frage. Die beiden Phänomen beruhen auf dem freien Abfluß des arteriellen Blutes in den zentralen Venenabschnitt. Der periphere Venenabschnitt hat mit ihnen nichts zu tun. Schnürte Verf. den peripheren Venenabschnitt ab, so wurde das Geräusch trotzdem in zentrifugaler Richtung fortgeleitet. Wurde das zentrale Ende der Vene abgesperrt, so wurde das kontinuierliche Geräusch diskontinuierlich, verlor seinen sausenden Beiklang und bekam den Charakter der durch ein schabendes Nebengeräusch verunreinigten Herztöne. Bezüglich der Blutdruckschwankungen zieht Verf. aus seinen sphygmographischen Kurven folgende Schlüsse: der Anakrotismus ist der Ausdruck der Krafteinwirkung des arteriellen Blutes auf die Wand des peripheren Venen-

abschnittes und beim Aneurysma mit intermediärem Sack auf die Wand des letzteren. Ferner gleichen sich die Kurven des zentralen Venen- und des peripheren Arterienendes insofern, als sie eine niedrige wellenförmige Linie darstellen. Die Zirkulationsstörungen, welche sich an die Anastomosenbildung anschließen, rufen eine unmittelbare Temperaturerniedrigung hervor, welche sich jedoch bald ausgleicht. In der Nähe der Anastomose kann auf der operierten Seite die Temperatur sich steigern, während die entfernter gelegenen Teile der Extremität immer eine Erniedrigung zeigen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

7) **Offergeld.** Experimenteller Beitrag zur toxischen Wirkung des Chloroforms auf die Nieren.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 3.)

Im Anschluß an einen Chloroformtodesfall mit schweren Veränderungen in den Nieren prüfte Verf. an Tieren die Wirkung des Mittels auf die Nieren und benutzte im allgemeinen dazu Ratten, Meerschweinchen und große Kaninchen, die meist 2 Stunden lang narkotisiert wurden. Zuerst zeigt Verf. durch eine Versuchsreihe, daß es bei Tieren gelingt, nach einmaliger Narkose parenchymatöse Veränderungen in den Nieren zu schaffen, denen die Tiere erlagen, wenn sie auch die Narkose gut überstanden hatten. Pathologisch-anatomisch handelte es sich um Fettdegeneration. Unterbindung der Art. renalis ließ die fettige Degeneration nach Chloroformnarkose nicht zustande kommen, während die durch Unterbindung der Venen erzeugte Hyperämie einen besonders günstigen Boden für die fettige Entartung erzeugte. Ähnlich wirkte die Abbindung der beiden Harnleiter und dadurch entstehende Hydronephrose so schädigend, daß selbst kurzdauernde Narkosen fettige Degeneration hervorbrachten. Natürlich spielte dabei auch die durch Anurie bedingte Stoffwechselanomalie eine Rolle. Weiterhin wurden die Nieren der Versuchstiere durch verschiedene Mittel in den Zustand der Entzündung gebracht, sei es durch Verabreichung von Alkohol, Adrenalin, Säuren usw., sei es durch Infektion der freigelegten Organe mit frischen Eiterbakterienkulturen oder sonstigen pathogenen Mikroorganismen, wie durch Injektion von Toxinen. Bei all diesen Schädigungen der Nieren trat ebenfalls wieder viel leichter eine Degeneration der Epithelien der Harnkanälchen ein. Die Narkotisierung trächtiger Tiere ergab an sich keine erhöhte Disposition zur fettigen Nierenentartung. An Tieren, welche mehrere Tage nach einer kurzdauernden Chloroformnarkose nochmals betäubt wurden, zeigte O., daß auf dem Boden der durch die erste Narkose veranlaßten Nierenparenchymläsion sehr intensive Nierenschädigungen durch die zweite Narkose hervorgerufen wurden.

Was die an Hunden vorgenommenen Stoffwechselversuche anlangt, so zeigte sich der N-Stoffwechsel bei gleichzeitigem Bestehen einer Nephritis ganz unregelmäßig. Wichtig erschien ferner die Frage der eventuellen regenerativen Vorgänge. Diese erwiesen sich als möglich;

und zwar erfolgt die Regeneration von der geschädigten Zelle selbst, indem zuerst das Fett aus ihr schwindet und dann die Zelle selbst mit ihren Nachbarn durch Mitose den Defekt der angrenzenden Zellen deckt. Interessant ist ferner die Beobachtung, daß nach der Chloroformnarkose das Fett in den Geweben schwindet und sich zum größten Teil in der Leber ansammelt, so daß ihr prozentualer Fettgehalt steigt, während alle anderen Organe fettärmer werden. Die Entscheidung, ob diese Fettanhäufung in der Leber ausbleibt, wenn man die zuführenden Gefäße unterbindet, gelang leider nicht, da alle Tiere, bei denen diese Gefäßunterbindung versucht wurde, starben.

Verf. stellte sich weiterhin die Frage, ob wir kein Mittel besitzen, die durch das Chloroform bedingten Nachwirkungen zu vermeiden. Die zu diesem Zweck eingeleiteten Chloroform-Sauerstoffnarkosen ergaben zwar auch fettige Degenerationen der Harnkanälchenepithelien, aber nur in beschränktem Maße, so daß schon in ein paar Tagen Ausheilung erfolgte.

Die Experimente des Verf.s ergeben also, daß schon im Anschluß an kurzdauernde Chloroformnarkosen Gewebsschädigungen einzelner Organe entstehen können. Pathologisch-anatomisch handelt es sich bei den Nierenveränderungen um eine parenchymatöse Nephritis, besonders der Harnkanälchen. Ersichtlich sind die Gefahren rasch aufeinander folgender Narkosen, wie sie z. B. die Gynäkologen sehr häufig anwenden, wenn sie zuerst eine Narkosenuntersuchung und bald danach eine Operation vornehmen.

Gefährlich sind für Narkosen schon vorhandene, event. latente Nephritiden. Der Chemismus der mütterlichen Niere scheint in der Schwangerschaft wenig verändert zu sein. Für die Leber gilt, daß nach Chloroformnarkose in ihr in erster Linie eine Fettinfiltration erfolgt, und daß, wenn überhaupt die fettige Degeneration eintritt, sie nur in sehr beschränktem Maß erfolgt und als sekundärer Vorgang anzusprechen ist. Als die wahrscheinlich den tatsächlichen Verhältnissen sich am meisten nähernde Ansicht über die Art der Chloroformschädigung sieht Verf. die Neudörfer's an, welche dahin geht, daß das Chloroform das Hämoglobin verändere, so daß es in seiner Eigenschaft geschädigt werde, sich mit dem Sauerstoffe zu verbinden. Es wäre also der relative Sauerstoffmangel, welcher die Erscheinungen der fettigen Degeneration bedinge. Diese Gesichtspunkte würden den Wert der Sauerstoff-Chloroformnarkose erklären und ihre ausgedehntere Anwendung empfehlenswert erscheinen lassen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

8) **B. Müller.** Über Fettmetamorphose in den inneren parenchymatösen lebenswichtigen Organen nach einfachen und Mischnarkosen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 4.)

Verf. hat eine große Zahl außerordentlich interessanter und instruktiver Versuche über die Wirkung der verschiedenen Narkotika an

Tieren gemacht, die er nach wiederholten Betäubungen sezierte, um dann die inneren Organe besonders auf die Fettmetamorphose hin zu untersuchen. Die vielen lesenswerten Einzelheiten in einem Referate wiederzugeben, würde dessen Raum überschreiten. Jedenfalls kann man aber aus den Versuchen schließen, daß nach jeder Narkose eine mehr oder weniger starke beginnende Fettmetamorphose in den inneren Organen hervorgerufen wird. Oft ist die Veränderung in der Niere nicht so stark, daß Albuminurie auftritt, aber eine wenn auch noch so geringe Alteration der Epithelien besteht nach jeder Narkose. Übrigens geht diese beginnende Fettmetamorphose, welche auch keineswegs alle Zellen auf einmal ergreift, bald wieder zurück. Eine schon bestehende Fettmetamorphose, wie sie z. B. durch eine vorangegangene Narkose verursacht wird, wird durch eine neue Betäubung mit Narkoticis sehr verschlimmert. Dabei ist es gleichgültig, welches Narkotikum verwendet wird. Chloroform, Chloralhydrat und Bromäthyl wirken dabei am intensivsten. Das letztgenannte Mittel ist für längere Narkosen überhaupt ganz unbrauchbar. Der Aether sulfuricus wirkt im ganzen weniger auf Herz und Hirn ein, doch findet man nach mehreren Narkosen mit demselben auch Fettmetamorphosen in diesen Organen. Bei jeder längeren Äthernarkose finden sich kleine pneumonische Herde in den Lungen mit Schleimfüllung der Alveolen, Blutkörperchenanhäufung in denselben und Rundzelleninfiltration im umgebenden Gewebe. Diese Lungenveränderungen sind beim Chloroform geringgradiger. Leber und Niere wurden durch den Äther dagegen weniger angegriffen als durch Chloroform. Im großen und ganzen besteht jedenfalls eine Einheit in der schädlichen Wirkung der verschiedenen Narkotika, nur sind graduelle Unterschiede der Intensität vorhanden. Die Lehre, die man für die Praxis aus diesen Ergebnissen ziehen soll, ist die, jede Narkose möglichst zu kürzen, nicht innerhalb 3—6 Tagen wiederholt zu narkotisieren und die Organe vor jeder Betäubung auf schon bestehende Fettmetamorphose zu untersuchen. Die Gründe, welche für die Wahl des einen oder anderen Narkotikums sprechen, stimmen in den Resultaten der vorliegenden Versuche mit den Erfahrungen der Klinik überein. Ersichtlich ist, daß gewisse Erkrankungen eine strikte Kontraindikation für jede Narkose sind, vor allem Fettmetamorphosen in Herz, Niere und Leber. Die Mischungen aus Chloroform und Äther erwiesen sich keineswegs als bessere Narkotika, sondern sie besaßen eher üblere Eigenschaften. Es ist aus den Experimenten ersichtlich, daß jede Mischung, in der Chloroform enthalten ist, wenig anders wirkt als reine Chloroformnarkose. Nach Äthermischnarkosen entstehen ebenso wie nach reinen Äthernarkosen Pneumonien der oben geschilderten Art.

Am Schlusse der interessanten Arbeit sind die Versuchsprotokolle und ihre Ergebnisse einzeln wiedergegeben.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

9) E. A. Robertson. Mixed anaesthesia with special reference to the administration of hyoscine hydrobomate before ether.

(New York med. record 1904. Januar 9.)

R. spricht sich äußerst günstig aus über die Wirkung von Skopolamin (Hyoscinum hydrobromatum) 0,0006, 1/2 Stunde vor Beginn der Äthernarkose injiziert.

Das Exitationsstadium fällt ganz weg, Schleim- und Speichelsekretion werden verringert und durch geringe Herabsetzung des Blutdruckes Cyanose und schwere zerebrale Kongestionen verhindert.

Loewenhardt (Breslau).

---

10) D. H. Stewart. An antiseptic toilet for the hands and vulva.

(New York med. record 1904. Januar 30.)

Bakteriologische Versuche ergaben nach Angabe S.'s das Resultat, daß eine in dem Neuyorker poliklinischen Hospitale geübte Desinfektionsmethode allen anderen überlegen sei.

Außer einer 5 Minuten langen mechanischen Reinigung werden die Hände ebensolange in einer Lösung von zwei gehäuften Teelöffeln frischen Chlorkalkes (35%ig) und einem Eßlöffel Essigsäure (36%ig) auf 1/3 Liter Wasser behandelt. Die naszierende unterchlorige Säure ist das wirksame Agens.

Loewenhardt (Breslau).

---

11) P. Klemm. Zur Frage der Sterilität der Haut.

(Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 503.)

Eigene Überlegungen und Versuche, vornehmlich an der eigenen Hand, über die hier näher berichtet wird, haben den Verf. zu einer selbständigen Desinfektionsmethode für die Hände geführt, die eine Abänderung des Fürbringer'schen Verfahrens darstellt. Der erste Akt, die Anwendung von heißem Wasser und Seife, soll die oberflächlichen Epithellager zum Aufquellen bringen, sie lockern, um dann ihre Entfernung mit der Bürste zu ermöglichen. Vorschrift hierfür: In einem mit Wasser von 54° C gefüllten Becken werden 1—2 handvoll Kali-Schmierseife gelöst und hierin die Hände 5 Minuten lang gebürstet. Sodann wird, der Vorschrift Hägeler's folgend, grüne Seife so lange auf die Haut der Hände eingerieben, bis sie verschwindet und die Haut keine Seife mehr annimmt. Mit 3—4mal erneuter Bürste wird unter der Heißwasserdusche die eingeriebene Seife wieder herausgeschwemmt, was 6 Minuten währt. Dann Abspülen der Hand unter der heißen Dusche, Abtrocknung derselben mit rauhen, sterilen Tüchern. Nachdem dann noch eine Entfettung mit Schwefeläther vorgenommen, schließen sich als Schlußakte die Anwendung von Sublimat und Alkohol an. Daß diese Mittel in der genannten Reihenfolge und nicht in der umgekehrten, von Fürbringer gelehrten angewandt werden, geschieht aus folgenden

Gründen. Sublimatlösungen wirken höchstens bis auf die zweite Zellschicht der Oberhaut, also immerhin nur oberflächlich, wofür K. auch eigene Versuchsbefunde beibringt. Hingegen bewirkt der Alkohol eine sehr erhebliche mechanische Veränderung der Hautfläche, wesentlich bestehend in einem kontrahierenden, die Elemente der Epidermisoberfläche enger zusammenschiebenden Vorgange. Hierdurch entsteht eine Art steriler Decke über den Keimen, die letztere sozusagen in der Haut inkarzeriert. Bleiben die Keime freilich trotzdem noch unsterilisiert, so genügt doch schon das Scheinresultat, daß sie zurückgehalten werden, für die Bedürfnisse der Praxis. Nach hierauf angestellten Versuchen nimmt K. an, daß die besprochene Wirkung des Alkohols ca. 30 bis 45 Minuten vorhält. Um ihrer Dauer während längerer Operationen sicher zu sein, wird man die Hand während der Arbeit ab und zu wiederholt in 70%igem Alkohol zu baden haben.

Die am schwierigsten und völlig überhaupt wohl nicht zu vermeidende Infektionsart für die Wunden bleibt stets diejenige mittels Naht- und Ligaturfäden, die als Implantation aufzufassen ist. Zwar können sämtliche Fadenarten für den Gebrauch sicher sterilisiert werden, sie können aber sowohl durch die Finger des assistierenden Personals und des Operateurs als durch die von ihnen passierte Haut des Pat. infiziert werden. Der letzte Infektionsmodus wird nie ganz zu umgehen sein; die Infektion durch die Finger muß dadurch zu vermeiden gesucht werden, daß nur einer, der Operateur, mit den Fäden hantiert. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

12) **A. C. White.** Liquefied air.

(New York med. record 1904. Januar 16.)

W. wünscht, daß die Ungefährlichkeit und therapeutische Wirksamkeit der flüssigen Luft mehr bekannt werde.

Das Mittel sei kein Explosivstoff, könne in offenen Gefäßen ebenso wie Wasser ohne Gefahr sogar auf einen glühenden Ofen gestellt werden. Dagegen brenne natürlich infolge des Sauerstoffgehaltes jede Substanz, welche hineingeworfen werde.

Flüssige Luft kann zur Lokalanästhesie, Entzündungserregung und -Herabsetzung, Verschorfung und Antiseptik benutzt werden. Besonders bei der Behandlung von Karbunkeln, aber auch bei Lupus vulgaris ist sie ausgezeichnet zu verwerten. Verf. hat auch einen großen inoperablen Brustkrebs damit behandelt. Kleine Neubildungen der Haut werden leicht durch das Mittel zerstört. Torpide Wunden granulieren nach nur sekundenlangem Spray bei wenigen Anwendungen besser. **Loewenhardt** (Breslau).

---

13) **R. Kutner.** Zur Behandlung der unfreiwilligen Harnentleerung.

(Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1904. Nr. 22.)

Verf. weist auf jene Fälle unfreiwilliger und unbewußter Harnentleerung hin, die lediglich in örtlichen Anomalien der Muskulatur

ihre Erklärung finden. Zwischen Detrusor und Sphinkter besteht in der Norm ein gewisser Gleichgewichtszustand. Dieser wird durch zu langes Zurückhalten der Harnentleerung insofern gelöst, als der Schließmuskel, übermäßig angestrengt, in einen chronischen Spasmus gerät, den der durch die abnormen Dehnungen der Blase geschwächte Detrusor erst bei stärkster Füllung überwindet. In diesem Augenblick entleert er durch seine Zusammenziehung einen Teil des überschüssigen Urins, worauf das Übergewicht des Sphinkters von neuem einen kompletten Verschluß der Blase herstellt und die weitere Entleerung hindert. Man findet somit bei der Untersuchung die Blase stets reichlich gefüllt und einen ziemlich kräftigen Widerstand der Schließmuskulatur beim Einführen einigermaßen stärkerer Instrumente.

K. teilt eine typische Beobachtung dieser Art bei einem 7jährigen Mädchen mit, das seit der Geburt alle 2—3 Stunden Tag und Nacht unfreiwilligen Urinabgang hatte; nur 2- bis 3mal am Tage spürte es normalen Drang. Auch bei Erwachsenen gibt das gewohnheitsmäßige Verhalten des Harns zur Entstehung des Leidens, das Verf. z. B. bei überlasteten Beamten, Arbeitern auf belebten Plätzen und einem vielbeschäftigten Arzte, besonders häufig aber bei Frauen nachweisen konnte, Veranlassung. Durch Anhalten zum Urinieren in regelmäßigen Abständen und Schwächung des Sphinkters durch allmähliche Dilatation mittels Metallsonden ist nahezu immer Heilung zu erzielen.

Gutzeit (Neidenburg).

---

14) **E. Forgue.** Die Freilegung des hinteren Abschnittes der Urethra vor der Prostata ohne Leitsonde bei der Urethrotomia externa.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 411.)

F., Professor der Universität in Montpellier, empfiehlt die genannte Operation für die schwersten Fälle impermeabler Strikturen, wo sie den stets einen unangenehmen Notbehelf darstellenden Catheterismus posterior von einem hohen Blasenschnitt aus zu ersetzen geeignet ist, wie er sich selbst in drei (übrigens nicht näher mitgeteilten) Fällen überzeugt hat. Seine Technik ist folgende: Steile Beckenhochlagerung, so daß der Damm fast horizontal liegt; der After wird zur Vermeidung septischer Infektion von daher durch einen Tampon oder zusammenkrallende Zangen geschlossen. Bogenförmig, nach vorn konvexer Schnitt von einem Os ischii zum anderen zwei Querfinger breit, vor dem After Eingehen in die Tiefe zwischen Bulbus und Mastdarm, wobei die speckartig veränderten Dammweichteile getrennt werden. Unter Vorwärtsziehung des Bulbus und Zurückziehung des Hautlappens nebst Mastdarm kommt man auf die Aponeurosis media und den membranösen Teil des vorderen Dammes. Jetzt spannt sich in der Wunde ein Muskelband von vorn nach hinten, der M. recto-urethralis Roux, der, wie Proust und Gosset gezeigt haben, der wahre »Festungsschlüssel« zum retro-prostatischen Raum ist. Dieser

Strang ist zu trennen, wobei man sich, um den Mastdarm nicht zu beschädigen, nach vorn halten muß. Ist dies geschehen und sind auch die Levator ani-Bündel, welche zur Seite der Prostata hingehen, gelöst, so können die Spitzen der beiden Zeigefinger die dorsale Fläche der Prostata auf stumpfem Weg unschwer entblößen, indem sie die beiden glänzenden und glatten Blätter der Aponeurosis prostato-peritonealis trennen. So wird die Spitze der Prostata nebst der aus ihr entspringenden Harnröhre schön klar und zur Inzision bereit gelegt. Der Operationsgang ist also ähnlich wie bei der perinealen Prostatektomie und, wie F. selbst sagt, nicht neu. F. zitiert verschiedene englische und französische ebenso oder ähnlich vorgehende Chirurgen, von deuschen Zuckerkandl und Kocher.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

15) **L. Casper.** Zur Therapie der Blasengeschwülste.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 4.)

C. bespricht die Behandlung der Blasengeschwülste vom praktischen Gesichtspunkte auf Grund 20jähriger Erfahrung. Die Feststellung einer solchen Geschwulst ist leicht, schwierig die für die Vorhersage und Art der Behandlung wichtige Unterscheidung ihrer Natur. Unter Hinweis auf cystoskopische und Präparatabbildungen wird die pathologische Anatomie und der klinische Verlauf der gut- und bösartigen Blasengeschwülste übersichtlich gezeichnet. Über die Häufigkeit des Vorkommens lehnt Verf. ein Urteil ab; jedenfalls erwiesen sich ihm eine ganze Reihe von früher als bösartig angesehenen Bildungen als gutartig. Symptomatisch wird bei beiden Gattungen der Harndrang und Schmerz durch innerliche und rektale Narkotika, die Blutung durch Stypticin innerlich, besser durch kleine starke Höllensteinspülungen und den Dauerkatheter bekämpft. Nebennierenextrakt bewährte sich dem Verf. bisher nicht; vor Gelatineeinspritzung in die Blase wird gewarnt. Der hohe Blasenschnitt ist in manchen Fällen gutartiger Neubildungen ein zu großer Eingriff und durch symptomatische Maßnahmen zu ersetzen; er ist angezeigt bei stärkeren Blutungen und fortschreitendem Wachstum der Geschwulst. Die intravesikale Entfernung der gutartigen Blasengeschwülste mittels des Casper'schen Operationscystoskops und der kalten oder galvanokaustischen Schlinge führte in etwa 30 Fällen niemals zu gefährlichen Ereignissen. Die Blutung war erstaunlich gering. Ist aber die so bearbeitete Geschwulst keine gutartige, so treten danach häufig schwere Reizerscheinungen auf. Da auch der Versuch der Entfernung vom hohen Blasenschnitt aus schwierig ist, keine Bürgschaft für die radikale Austilgung des Krankheitsherdes gibt, Fisteln zurückläßt und oft den Tod an bereits auf dem Lymphwege verbreiteter Karzinose nicht verhindert, so ist diese Operation auf ganz kleine, an günstiger Stelle sitzende und hinsichtlich ihrer Gut- oder Bösartigkeit zweifelhafte Geschwülste zu beschränken. Die übrigen Kranken fahren besser und leben länger

bei der symptomatischen Behandlung (Narkotika nur im Notfalle, Blasenwaschungen, Hitzeanwendung). **Georg Schmidt** (Berlin).

---

16) **Rovsing.** Über die Methoden, vor den Nierenoperationen die physiologische Leistungsfähigkeit der Nieren zu bestimmen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 4.)

Verf. hat vor jeder Nierenoperation die quantitative Harnstoffbestimmung vorgenommen und hält sie, mit Kritik angewendet, für sehr wertvoll. Auf Kümmell's und Casper's Empfehlung der Blutgefrierpunktsbestimmung und der Phloridzinmethode hin hat er auch diese Methoden zur Prüfung der Nierenfunktion seit 1901 angewendet, sieht aber seine Hoffnung, in denselben ein sicheres Mittel zur Erkenntnis der Nierenleistungsfähigkeit zu erwerben, als gescheitert an. Er hält beide Verfahren für unsicherer als die Harnstoffbestimmung und für geeignet, zu den schlimmsten Mißgriffen zu verführen. In einem Falle, wo trotz niedrigen Blutgefrierpunktes die Nephrektomie vorgenommen wurde, ist trotz der scheinbaren Gefahr Pat. glatt genesen. Bei einem anderen Kranken war der eine Harnleiter völlig verstopft, die andere Niere gab auf Phloridzininjektion gar keine Zuckerreaktion. Der danach eigentlich unerlaubterweise vorgenommene Eingriff, die Entfernung der tuberkulösen rechten Niere, führte zur Genesung, und nach der Operation trat auch prompt die Phloridzin-Zuckerreaktion auf. Außerdem erlebte R., im Gegensatze zu Casper's Angaben, daß diese Reaktion erst nach 3—5 Stunden ihren Höhepunkt erreichen kann. Bei einer 49jährigen Frau mit doppelseitiger Steinniere fand Verf. zwar keine Phloridzinreaktion, er erhielt aber normalen Gefrierpunkt des Blutes. Als er daraufhin die Pyelotomie ausführte, ging Pat. direkt ins Koma über und starb. Trotz dieser Mißerfolge hat R. in weiteren 50 Fällen dieselben Methoden geprüft und warnt auf Grund dieser Erfahrungen davor, einen niedrigen Gefrierpunkt des Blutes für gleichbedeutend mit doppelter Nierenaffektion zu halten und dadurch manchem die Operation zu versagen, die seine einzige Lebensrettung bedeutet. Ebenso haben die weiteren Erfahrungen bestätigt, daß ein normaler Gefrierpunkt des Blutes nicht das Gelingen einer Operation durch Garantie der Gesundheit der anderen Niere voraussetzen läßt. In 11 Fällen von 33 war in dieser Hinsicht das Resultat ein irreleitendes. Verf. bediente sich infolge dieser Tatsachen der Blut- und Urinkryoskopie nicht mehr. Der Umstand, daß die Zuckerausscheidung nach Phloridzininjektion nicht immer gleich, oft erst nach mehreren Stunden erfolgt, beruht wahrscheinlich auf einer nervösen Reflexwirkung auf die Nierensekretion. Bei Nervösen entsteht Polyurie, und es fließt fast reines Wasser ohne alle charakteristischen Bestandteile ab. Man darf sich deshalb nicht auf die Untersuchung nach dem Modus von Casper und Richter

verlassen, sondern muß die Urinmenge des ganzen Tages untersuchen. Einen Nutzen aus der Vergleichung beider Nieren auf Zucker hat man in diesen Fällen aber nicht. Schlimmer ist es noch, daß eine Krankheit der einen Niere oft reflektorisch auf die gesunde wirkt, so daß permanent ein negatives Resultat der Phloridzinprobe besteht und erst nach Exstirpation des kranken Oranges das gesunde anfängt, Zucker auszuscheiden. Man darf also auch bei negativem Ergebnis der Phloridzinprobe nicht vor dem Eingriffe zurückzuschrecken. Außerdem hat die Phloridzinprobe vor der Harnstoffprobe keine Vorzüge und ist nur gefährlicher als die letztere, insofern sie dann und wann Hämaturie erzeugt, wie R. an einem Falle selbst beobachtete. Wenn für die Wertschätzung der Kryoskopie und Phloridzinprobe angeführt wird, daß dieselben die Mortalität der Nephrektomien herabgedrückt hätten, so stellt Verf. dem entgegen, daß er trotz Vernachlässigung der Resultate dieser beiden Methoden ebenfalls eine viel geringere Mortalität der Nierenoperationen in der letzten Zeit gegen die frühere aufzuweisen habe (2,5 : 13). Diese Fortschritte sind erzielt durch die Uretercystoskopie. Sieht man, daß der Urin der zweiten Niere klar ist und frei von Albumen, so darf man ruhig die kranke Niere entfernen, auch wenn der Gefrierpunkt niedrig und die Zuckerausscheidung minderwertig ist. Ist dagegen Blut, Eiter, sind Mikroben in der zweiten Niere nachweisbar, so ist ein Eingriff mißlich.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

17) **E. Fuller.** Operative surgery applied to the seminal vesicles. A demonstration of some new principles.

(New York med. record 1904. Mai 21.)

F. legt die Samenblase in Knie-Ellbogenlage auf perinealem Wege frei mit ausgiebigen Seitenschnitten, um den Mastdarm genügend nach aufwärts abheben zu können. Außer einmaliger Verletzung des Mastdarmes ist in den 21 bisher operierten Fällen keine Komplikation zu verzeichnen gewesen. Die Behandlung des Organes besteht in Drainage, Ausschabung und etwaiger Entfernung von Neubildungen. Außer dieser Vesikulotomie will F. auch eine Art von Dekapsulation ausgeführt haben, um entzündliche Verwachsungen zu lösen.

Die Operationen betrafen chronische Entzündungszustände mit Sklerosierung vor und nach Ablauf eines Katarrhes, periseminale Abszesse, Adenom und Tuberkulose. In den ersteren Fällen waren andere Behandlungsmethoden vergeblich und die Symptome derart, daß ein Eingriff gerechtfertigt erschien. Nach den Krankengeschichten sind die Erfolge auch anzuerkennen.

Während die Entfernung der Geschwulst selbstverständlich erscheint, war die Entfernung der rechten Samenblase wegen Tuberkulose weniger erfolgreich, wie Verf. selbst zugibt; bei dem nach 5 Monaten erfolgten Tode zeigten sich auch Lungen- und Nierentuberkulose.

Auf eine weitere Erörterung, welche Vorteile die Methode des Verf.s gegenüber den bisherigen Wegen, Eiterherde in genannter Gegend zugänglich zu machen, bietet, geht F. nicht weiter ein; derartige Eingriffe sind hier selbstverständlich. Dagegen muß für die Behandlung einfacher chronischer Vesikulitis auf chirurgischem Wege bei Abwägung der Beschwerden die diesen Formen eigentümliche Sexualneurasthenie in Betracht gezogen werden, und scheinen die Indikationen bis jetzt schwer festzulegen. **Loewenhardt** (Breslau).

---

18) **Vince.** Nouveau procédé de cure chirurgicale du varicocèle.

(Journ. de chir. et annal. de la soc. belge de chir. 1904. September.)

Das Operationsverfahren des Verf.s besteht in der Resektion des Cremasters. Dieser Muskel ist bei den meisten Varikocelen erschlafft und ausgedehnt. Dadurch, daß man diesen Muskel reseziert, kann man wieder die physiologische Wirkung seiner Kontraktion herstellen. Diese Wirkung des Muskels besteht darin, daß er den Hoden hebt und dadurch den venösen Abfluß erleichtert, zugleich aber auch durch einen allseitigen Druck auf die Venen des Plexus pampiniformis den venösen Blutstrom beschleunigt.

Die Operation gestaltet sich folgendermaßen:

1) Der Hautschnitt vom äußeren Leistenringe bis zum oberen Pole des Hodens. — 2) Die Tunica vaginalis communis wird in der ganzen Ausdehnung des Hautschnittes durchtrennt; der Cremaster wird isoliert. — 3) Der Samenstrang wird ebenfalls isoliert und beiseite gehalten. — 4) Der ausgebreitete Cremaster wird quer mit zwei Klemmen gefaßt, die etwa 6 cm auseinander liegen. Die zwischen den Klemmen liegende Partie des Muskels wird reseziert. Die beiden Muskelstümpfe werden dann vernäht. — 5) Der Samenstrang wird auf den Cremaster gelegt. Naht der Tunica vaginalis communis. Hautnaht.

Läwen (Leipzig).

Kleinere Mitteilungen.

19) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

145. Sitzung am 13. Februar 1905 im Krankenhause Moabit.

Vorsitzender: Herr Sonnenburg.

1) Herr Max Cohn: Über Knochen- und Gelenkveränderungen bei Tabes dorsalis.

C. hat an einem großen Materiale tabischer Arthropathien im Krankenhause Moabit skiagraphische Studien gemacht. Er erörtert unter Vorstellung der Pat. und Demonstration der Skiagraphien die nachgewiesenen Veränderungen. Es wurden demonstriert: 1) Frakturen an den Epiphysen und Diaphysen der Röhrenknochen, 2) Luxationen und Subluxationen an allen Gelenken, 3) hypertrophierende und atrophierende Knochenprozesse, die sich an den Gelenkenden mit Beteiligung von Bändern und Muskeln abspielten. Die überreiche Callusbildung, die bei den tabischen Spontanfrakturen oft beobachtet wird, steht zu dem Grundleiden nicht in Beziehung; dagegen ist nach C. wahrscheinlich, daß die bei einem Pat. beob-

achtete Dupuytren'sche Fingerkontraktur als eine trophische Störung aufzufassen ist. Als ein besonders seltener Fall wird eine doppelseitige Handgelenksarthropathie gezeigt, die sich auf dem Boden eines Radiusbruches, dicht über dem Handgelenk, entwickelt hatte, sowie ein völliger Knochenschwund an zwei Metatarsalknochen und den zugehörigen Phalangen. Endlich macht C. auf das Vorkommen von tabischen Spontanfrakturen der Patella und von Schrägbrüchen in der Diaphyse der Röhrenknochen aufmerksam.

Diskussion: Herr Zeller hat drei Fälle von Rißfrakturen der Patella beobachtet, die beim Herabsteigen einer Treppe entstanden waren und bei denen 1 bis $1^3/_4$ Jahr später deutliche Symptome von Tabes vorhanden waren.

2) Herr Schwalbach: a. Aneurysma der Art. carotis int. und des Sinus cavernosus.

Bei einem 12jährigen Knaben trat $^1/_2$ Jahr, nachdem er mit einer Stricknadel einen Stich in das obere linke Augenlid erhalten hatte, Schwellung dieses Lides mit stärkerer Venenentwicklung, besonders am inneren Augenwinkel, ein, bisher ohne Störung der Beweglichkeit und ohne Herabsetzung der Sehschärfe des Auges. Am oberen Lide fühlt man deutliches Schwirren, bei etwas stärkerem Fingerdrucke weicht der Bulbus nach unten vorn aus und zeigt Pulsation. Bei Auskultation am Kopfe hört man lautes Blasen, das auf Kompression der Carotis int. am Halse verschwindet.

b. Retrobulbäres Karzinom, durch Operation geheilt.

Die vorgestellte 50jährige Frau bemerkte vor 18 Jahren, bald nach der Geburt ihres letzten Kindes, ein Hervortreten des rechten Augapfels, das ganz allmählich in den folgenden Jahren zunahm. Nach 16jährigem Bestehen zeigten sich häufigere Schmerzen und Abnahme der Sehkraft. Der Bulbus trat 1 cm weiter aus der Orbita hervor als der linke; Bewegungen des Augapfels konnten in der Blickrichtung nur nach unten innen vorgenommen werden, alle übrigen waren unausführbar; Sehschärfe = $^1/_3$. Hinter dem Bulbus konnte man von der Mitte des Margo supraorbit. bis zum äußeren Augenwinkel eine Geschwulst tasten, die in fester Verbindung mit der Orbita und dem Augapfel erschien. S. legte im November 1903 durch temporäre Resektion der seitlichen Orbitawand nach Krönlein Bulbus und Geschwulst frei und exstirpierte die in einer Kapsel sitzende walnußgroße Geschwulst; glatte Heilung; eine Lähmung des M. rectus sup. ging in 8 Tagen zurück. Histologisch erwies sich die Geschwulst als Endothelkarzinom, welche Diagnose auch durch Prof. Greeff bestätigt ist. Derartige retrobulbäre Karzinome sind ziemlich gutartig, meist abgekapselt. Die Frau ist bisher — $1^1/_2$ Jahr nach der Operation — rezidivfrei. Die Sehkraft beträgt jetzt ca. $^1/_2$ der normalen.

Herr Sonnenburg stellt eine Frau vor mit einem ausgedehnten Aneurysma im Gebiete der linken A. subclavia, welches zu einer pulsierenden Schwellung der linken Halsseite, der linken Brustwand und des linken Armes geführt hat. Zu erwägen sei, ob es sich nicht um eine pulsierende Geschwulst handle, doch müsse man die Diagnose eines diffusen Aneurysma im Gebiete der Subclavia festhalten, da im Beginne der Erkrankung von kompetenter Seite (in Königsberg) ein Aneurysma der Subclavia diagnostiziert worden sei.

3) Herr Hermes: Über intraperitoneale Blasenruptur.

H. berichtet über zwei Fälle intraperitonealer Blasenruptur, welche er im Krankenhause Moabit operiert hat, von denen der eine einige Tage nach der Operation gestorben, der andere nach längerem Krankenlager geheilt ist. Bei dem ersten Pat. handelte es sich um einen 10 cm langen Riß, welcher bei der Operation in Beckenhochlagerung durch dreietagige Naht mit Catgut geschlossen wurde. Über den Ausgangspunkt der letalen Peritonitis konnte nichts festgestellt werden, da die Sektion nicht gestattet wurde. Der andere Pat. hatte durch Überfahren mit einem schweren Wagen die Verletzung erlitten, wobei außer der Blasenverletzung noch ausgedehnte Hämatome am Rücken und in den Glutäalgegenden entstanden waren. Die Blasenwunde, 6 cm lang, wurde ebenfalls durch Catgut geschlossen und die Bauchwunde über einem die Blasennaht deckenden Mikulicztampon geschlossen.

Pat. wurde anfangs katheterisiert, vom 3. Tag ab ließ er spontan Urin; es kam weiterhin vorübergehend zu einer Blasenbauchfistel, welche sich spontan schloß. Infolge Vereiterung der Hämatome am Rücken und am Gesäß waren ausgedehnte Inzisionen nötig; auch diese Komplikationen hat Pat. nach langem Krankenlager überstanden; Vorstellung des geheilten Pat. H. zieht aus diesen beiden Fällen die Lehre, daß man bei der Blasennaht nicht sämtliche Nahtreihen mit Catgut ausführen soll, sondern daß man nur die Schleimhaut mit Catgut, die Muscularis und das Peritoneum mit Seide nähen soll; für die Nachbehandlung ist in der ersten Zeit die Anwendung des Dauerkatheters zu empfehlen.

Diskussion: Herr Braun berichtet über einen von ihm erfolgreich operierten Fall intraperitonealer Blasenruptur mit 6 cm langem Riß, wo er ebenfalls die Schleimhautnaht mit Catgut, die Muscularis-Serosanaht mit Seide gemacht und den Dauerkatheter angewandt hat.

4) Herr Hermes: Über Spontanabstoßung des Darmes bei Darminvagination.

H. hat die Spontanabstoßung eines ca. 60 cm langen Dünndarmstückes per anum bei Darminvagination beobachtet, an welche sich nach einigen Wochen ein Ileus infolge einer im Mastdarm nach dieser Spontanabstoßung entwickelten Striktur anschloß; es wurde ein Anus praeternat. flex. sigm. angelegt und die Striktur allmählich durch Bougierung erweitert. H. ist der Ansicht, daß die Mastdarmstriktur, welche etwa in Fingerlänge vom After bestand, die Folge einer Mastdarminvagination, die sich ebenso wie die Dünndarminvagination spontan abgestoßen hat, ist.

5) Herr Federmann: a. Operativ geheilter Milzabszeß nach Typhus abdominalis.

Bei einem Typhuskranken bestand in der 8. Woche hohe Leukocytose, ansteigendes Fieber nach vorherigem Abfall, eine handbreite Dämpfung über der linken Pleura, deren Punktion trübeitriges Exsudat ergab. Entleerung desselben (300 ccm) nach Resektion der 9. Rippe. Das Zwerchfell war stark nach oben gedrängt; unter Annahme eines subphrenischen Abszesses wurde es inzidiert, wonach aus dem subphrenischen Raume 300 ccm blutigen, mit nekrotischen Stücken vermischten Eiters abflossen. Es stellte sich heraus, daß unter dem Zwerchfelle sich ein von einem Milzabszeß herrührender, locker begrenzter Eiterherd etabliert hatte; die obere Hälfte der Milz war nekrotisch und wurde entfernt. Tamponade; nach 2 Monaten Heilung. — Die Diagnose der Milzabszesse nach Typhus ist sehr schwierig. Ein wichtiges Symptom sei eine hohe Leukocytose beim Fehlen von Temperatursteigerung und die basale Pleuritis; Druckempfindlichkeit der Milz fehle häufig. Meist sei nur ein Teil der Milz zerstört. Die operative Eröffnung der Abszesse erfolgt, wenn sie den Rippenbogen nicht überragen, nach Resektion einer oder mehrerer der die Milz deckenden Rippen. Ob die Pleurahöhle eröffnet werden müsse, hänge von ihrem Zustand ab, Pyothorax verschlechtere die Prognose wesentlich. Erreichen die Abszesse die Vorderfläche des Bauches, so sei ein Oberbauchschnitt zweckmäßig. Einzeitige Operation sei in jedem Falle zu empfehlen. Die Prognose der Operation ist im ganzen eine gute nach den 30 in der Literatur veröffentlichten Fällen. Vorstellung des geheilten Pat.

b. Totalresektion des Schulterblattes wegen Osteomyelitis.

In der Literatur sind 20 Fälle von Totalresektion des Schulterblattes bekannt ohne Todesfall. F. stellt einen 17jährigen Mann vor, dem er vor 3 Monaten das rechte Schulterblatt subperiostal reseziert hat. Derselbe war 4 Wochen krank, hatte hohes Fieber bei schwerem Allgemeinbefinden. Die Schultergegend war stark geschwollen, zeigte mehrere von Inzisionen herrührende Fisteln. Da sich bei der Operation das ganze Schulterblatt zum größten Teile vom Periost entblößt fand, wurde es entfernt; zurückgelassen wurden Proc. coracoideus und ein Teil des Akromion, was wegen der Muskelansätze wichtig erschien. Glatter Heilungsverlauf, ohne daß sich bisher ein Sequester abgestoßen hat. Die Regeneration des Schulterblattes ist gut im Gange, man kann bereits Knochen tasten und sie im

Röntgenbilde nachweisen (Demonstration). Der Arm kann bereits bis zur Horizontalen erhoben werden; die Außenrotation ist noch sehr beschränkt. Die Totalresektion ist in derartigen Fällen indiziert, weil die Regeneration eine vollständige ist, die Heilungsdauer abgekürzt und eine spätere Nekrotomie vermieden wird.

6) Herr Sonnenburg: Die Rückenmarksanästhesie mittels Stovain[1].

S. hat sich bisher gegenüber den Bestrebungen, die Anästhesie bei den Operationen durch Injektion von Kokain oder eines seiner Derivate in den Duralsack zu erzielen, ablehnend verhalten wegen der diesem Verfahren anhaftenden üblen toxischen Nebenwirkungen. Die Versuche wurden wieder aufgenommen auf Anregung des Herrn Fourneau in Paris mit dessen neu entdecktem Anästhetikum Stovain. Dieses Stovain ist ein Präparat, welches dem Kokain zwar verwandt ist, aber seinem chemischen Aufbau nach einer besonderen Gruppe von Körpern angehört; es ist vor allem weniger toxisch als das Kokain und seine Derivate, hat aber dabei dieselbe anästhesierende Kraft. Es ist ein Dimethylaminbenzoyldimethyläthylcarbinol. Da es zugleich billiger ist, wird es voraussichtlich in der Praxis als Anästhetikum an die Stelle des Kokains treten. Zu diesem Urteile berechtigen auch die Erfahrungen, welche im Krankenhause Moabit bei den Injektionen des Präparates in den Rückenmarkskanal gemacht worden sind. Es ist im ganzen bei 57 Operationen an den unteren Extremitäten, bei Mastdarm- und Genitaloperationen, bei abdominellen Operationen (Appendektomien, Gastroenterostomien, intraperitonealen Eiterungen) angewandt worden. Bei 11 Fällen hat die Injektion versagt, doch sind die Mißerfolge wohl durch Fehler in der Technik bedingt gewesen; in allen übrigen 46 Fällen trat eine für die vorgenommenen Operationen von $^1/_2$—$^3/_4$stündiger Dauer ausreichende volle Anästhesie ein, und ohne daß jemals Intoxikationssymptome (Erbrechen, Kopfschmerzen, Veränderungen an Puls und Atmung) beobachtet wurden. Die Technik der Injektion war die übliche. Das Präparat kommt steril direkt aus den kleinen verschlossenen Tuben, in denen es versandt wird, in die sterilen Spritzen, in denen es mit der Arachnoidalflüssigkeit verdünnt wird. Es wurden auf einmal Dosen von 0,05—0,07 gegeben. Die Anästhesie trat nach 2—10 Minuten, im Durchschnitt nach $5^1/_2$ Minuten ein. Sie reichte gewöhnlich bis in die Oberbauchgegend, wobei auch eine volle Anästhesie der in der Bauchhöhle liegenden Organe vorhanden war; einigemal war eine volle Anästhesie bis in die Halsgegend, einmal sogar bis auf das Gesicht und die Stirn erzielt worden. In einem Falle — nach einer Operation multipler Abszesse im Bauch infolge Gallenblasenperforation — trat 10 Tage nach der Operation eine aufsteigende Meningitis ein, welche den Tod herbeiführte. Das späte Eintreten dieser Komplikation nach der Injektion läßt vermuten, daß die Infektion nicht vermittelt gewesen ist durch die Injektion, durch die Spritze oder die Flüssigkeit, sondern daß die Meningitis durch die Pyämie hervorgerufen resp. als pyämische Lokalisation aufzufassen ist. Immerhin mahnt dieser Fall, bei der Lumbalpunktion und der anschließenden Injektion die strengste Asepsis zu beobachten, bei septischen Kranken es nicht anzuwenden. Das Mittel kann auf Grund der von S. gemachten Erfahrungen bestens empfohlen werden. Interessant sind auch gewisse Aufschlüsse über die sensiblen Nervenbahnen innerhalb der Bauchhöhle.

Diskussion: Herr Schiff berichtet, daß das Stovain in der chirurgischen Poliklinik der kgl. Charité an Stelle des Kokains bei der lokalen Anästhesie benutzt worden ist und daß auch dabei seine Wirkung nicht hinter der des Kokains zurückstand. In Anbetracht seiner geringen Giftigkeit könne es demnach auch für die Lokalanästhesie, als Ersatzmittel des Kokains, empfohlen werden.

Herr Sonnenburg bestätigt dieses.

7) Herr Federmann: Über Behandlung der akuten Peritonitis mit normalem Pferdeserum.

Um die Resistenz des Organismus und zugleich des Peritoneums gegen Infek-

[1] Veröffentlicht in der Deutschen med. Wochenschrift 1904. Nr. 9. März 2.

tion zu erhöhen, hat Herr Geh.-Rat Sonnenburg normales sterilisiertes Pferdeserum anwenden lassen. Das Pferdeserum besitzt neben seiner eine Hyperleukocytose erregenden Kraft noch eine stark bakterizide Fähigkeit; die letztere wird allerdings durch die angewandte fraktionierte Sterilisation erheblich — wie auch die klinischen Resultate ergeben haben — abgeschwächt, so daß es scheint, daß steril entnommenes — aber nicht bei 60° sterilisiertes — Serum vorzuziehen wäre. Es werden aus diesem Grunde nunmehr Versuche mit dem letzteren Serum gemacht. Es wurden — abgesehen von verschiedenen anderen Peritonitiden — bisher seit einem Jahre elf Fälle von eitriger Wurmfortsatzperitonitis mit Serum behandelt. Davon sind acht gestorben, drei geheilt worden. Es handelte sich in allen Fällen um weit fortgeschrittene diffus-eitrige Peritonitis mit letaler Prognose. Die schlechte Prognose ergab sich aus dem klinischen Bilde (fehlende oder niedrige Leukocytose) und dem pathologisch-anatomischen Befund. In acht Fällen (darunter zwei geheilt) wurde die Injektion des Serums (40 ccm pro die) erst nach der Operation mehrere Tage lang vorgenommen. Die Injektion geschah meist subkutan in den Oberschenkel. In drei Fällen (einer geheilt) wurden bei der Operation nach Entfernung des Wurmfortsatzes und Ausspülung der Bauchhöhle mit Kochsalzlösung 60—80 ccm Serum in die Bauchhöhle eingegossen und diese dann tamponiert. Über den Wert der Methode läßt sich nach der geringen Zahl der behandelte Fälle noch kein definitives Urteil abgeben.

8) Herr Sonnenburg: Schädel- und Hirnverletzungen.

S. bespricht drei in der letzten Zeit kurz hintereinander zur Beobachtung gelangte Fälle eines epiduralen, eines subduralen Hämatoms und einer Hirnquetschung, die klinisch ganz gleiche Symptome machten. Bei keinem Falle war Hirndruck vorhanden. Am interessantesten war der Fall von subduralem Hämatom. Er betraf eine 57jährige Frau, die bewußtlos an einer Treppe vorgefunden war. Diagnose schwankte zwischen Apoplexie oder Trauma. Keine Anzeichen eines Traumas, keine Kontusionen am Schädel, Kopf oder Gesicht. Auftreten von Krämpfen, keine Hirndruckerscheinungen. Herdsymptome. Schnelle Verschlechterung des Zustandes, so daß bei Unsicherheit der Diagnose Eingriff nicht stattfand. Autopsie ergab subdurales Hämatom, dessen Ursache auch jetzt noch zweifelhaft war.

Wolff (Berlin).

---

20) **Froelich** (Nancy). Études de chirurgie infantile.
Paris, **A. Maloine**, 1905.

F. veröffentlicht in seinem Werke eine große Anzahl Fälle seiner Praxis, die durch ihre Seltenheit von allgemeinem Interesse sind.

Zunächst bespricht er zwei mit Erfolg operierte Fälle von Encephalokele. In dem einen, bei einem 2jährigen Kinde mit faustgroßer Hernie in der Gegend der großen Fontanelle, wurde nach Bildung eines Hautlappens der Stiel elastisch umschnürt, die Geschwulst abgetragen und die Wunde genäht. 6 Tage nachher konnte der mumifizierte Stiel entfernt werden. Die definitive Heilung erfolgte ohne Zwischenfälle. Die Geschwulst bestand zum größten Teil aus myxofibromatösem Gewebe, der Stiel wies noch einige Kerne nervöser Substanz auf. Ebenso und mit gleichem Erfolge wurde eine Encephalokele der Stirn bei einem Kinde von 2 Tagen behandelt.

F. stellt folgende Thesen auf: 1) Es gibt eine echte Encephalokele, eine Hirnhernie, die nur normales Gehirn enthält, und eine, welche veränderten Schädelinhalt besitzt. 2) Der Inhalt verändert sich fast immer im Sinne des Bindegewebes, und darin ist eine Art Selbstheilung zu erblicken. 3) Solange keine Lebensgefahr besteht, soll man mit einem operativen Eingriffe warten, da die bindegewebige Entartung größere Garantie für das Gelingen desselben bietet. 4) Ist die Operation indiziert, so umschneidet man am zweckmäßigsten die Geschwulstbasis unter Bildung zweier Hautlappen, die man über dem elastisch umschnürten Stiele vernäht.

Die Oesophagotomia externa führte F. mit Glück aus zur Entfernung eines Pfirsichkernes, der 18 cm unter der oberen Zahnreihe stecken geblieben war. Die Wunde wurde nicht genäht, das Kind genas in 3 Wochen. In 17 analogen aus der Literatur seit 1891 zusammengestellten Fällen betrug die Mortalität der Operation 5,8%. Sie wurde 13mal innerhalb der ersten 24 Stunden ausgeführt, 1mal nach 38 Stunden, 1mal nach 11 Tagen, 1mal nach mehreren Wochen, 1mal endlich nach fast 6 Jahren. Der jüngste Pat. war 2 Jahre. 6mal wurde die Speiseröhre sofort wieder geschlossen. Sehr störend kann bei der Operation die Hypertrophie der Schilddrüse sein, die fast immer vorhanden ist. Vor der primären Ösophagusnaht warnt F., da selten prima intentio eintritt. Die Ernährung geschieht am besten durch einen Katheter, der in den ersten 2 Tagen durch die Nase eingeführt wird; vom 3. Tage an können die Kranken schlucken. —

Bei Diphtherie rät Verf. die Serumbehandlung nur in ernstesten Fällen anzuwenden, nur bei gesunden Nieren und in kleinen Dosen. Die diphtherischen Lähmungen werden durch das Serum nicht beeinflußt. —

Ein Fall von Spina bifida, die F. ähnlich wie die Encephalokele operierte; nur wurde der freigelegte Geschwulststiel einfach unterbunden, dann die Haut vernäht. Mehrfaches Austreten von Zerebrospinalflüssigkeit zwang F., den Stiel erneut zu unterbinden und zu nähen. Das Kind genas. Von Punktion und Injektion von Jodoformglyzerin hält Verf. nichts. Da die Spina bifida auch spontan heilen kann, erscheint ein operativer Eingriff nur in den Fällen angezeigt, die nicht mit totaler Paralyse der unteren Extremitäten, des Mastdarmes und der Blase, sowie mit Hydrocephalus verknüpft sind. Je länger man in geeigneten Fällen mit der Operation wartet, desto günstiger werden die Aussichten. Nur wenn eine Ruptur des Sackes droht, soll man sofort operieren. Der Ansicht Broca's, daß die meisten Pat. mit operierter Spina bifida später an Hydrocephalus zugrunde gehen, stimmt der Autor nicht bei. Er demonstriert einen von ihm operierten Knaben von 6 Jahren. Immerhin aber gibt er zu, daß die Resultate der operativen Behandlung noch recht unsichere sind.

Der seltene Fall eines operativ geheilten Meckel'schen Divertikels bei einem 5jährigen Knaben bildet den Inhalt des 4. Kapitels. — Die Einklemmung einer Hernie im frühesten Kindesalter ist äußerst selten. Man beobachtete sie jedoch schon bei Kindern von 2, 8 und 14 Tagen. Der 1. und 11. Lebensmonat liefert die meisten Fälle von Inkarzeration im Säuglingsalter. Zu 98% betrifft sie Knaben. Fast immer handelt es sich um Leisten-, selten um Schenkel-, fast nie um Nabelbrüche. Von seinen sechs Pat. mit eingeklemmten Brüchen betrafen fünf Knaben, einer ein Mädchen. 4mal konnte derselbe reponiert werden, 2mal mußte operativ vorgegangen werden.

Was den Mechanismus der Einklemmung anlangt, so betont F., daß die Wandungen des Bruchkanales nicht glatt, sondern mit schraubenförmigen Windungen versehen sind, ähnlich denen eines Gewehres. Tritt nun durch Gewalt eine Darmschlinge in diesen Kanal hinein, so muß notwendigerweise eine Rotation der Darmschlinge um die eigene Achse erfolgen und dadurch eine Kreuzung des zu- und abführenden Endes entstehen, die die Einklemmung hervorruft. —

Da ein Knabe von 12 Jahren im Anschluß an einen Hufschlag an Perforationsperitonitis dadurch zugrunde ging, daß sich im kleinen Becken an seiner tiefsten Stelle ein Senkungsabszeß bildete, der zur Septhämie führte, so rät F., den die Mikulicz'sche Drainage im Stiche ließ, in ähnlichen Fällen an dieser Stelle, d. i. am rechten Kreuzbeinrande, eine Drainage anzulegen. Dies kann geschehen von außen nach innen oder — während der Laparotomie — von innen nach außen. Im ersteren Falle wird nach Einführung einer Sonde in den Mastdarm am rechten Kreuzbeinrande in der Mitte einer Linie, die Spina iliaca posterior mit Tuberositas ossis ischii verbindet, eingeschnitten, durch den Ansatz des Glutaeus maximus auf das Lig. sacro-tuberosum hin vorgedrungen und der Musculus pyramidalis entweder durchschnitten oder nach aufwärts gezogen. Nun fühlt man die Sonde, eröffnet das Peritoneum und legt einen großen Drain ein. Die Art. pudenda communis (inferior) und glutaea inferior (ischiadica) sowie der Nervus ischiadicus werden

dabei nicht verletzt, da sie tiefer und mehr nach außen liegen. Im zweiten Falle wird bei der Laparotomie der rechte Rand des Kreuzbeines und das Lig. sacrotuberosum aufgesucht und hart am Kreuzbeinrande nach außen vorgedrungen. —

Bei einem Kinde von 3 Jahren trat durch Torsion des gesamten Mesenteriums Ileus und Tod ein, die Laparotomie brachte keine Rettung. — Bei einem Mädchen von 9 Monaten beobachtete Verf. eine Hydronephrosis traumatica, die das Kind durch einen Fall im 7. Lebensmonate erworben hatte. — Ein Sarkom der Prostata bei einem Knaben von 7 Jahren endete 3 Monate nach der Cystostomie tödlich.

Endlich publiziert Verf. vier Fälle von Gelenkblutungen. Er unterscheidet drei Formen dieser Gelenkhämophilie, eine akute, subakute und chronische. Die akute Form befällt meist die Hüfte und verläuft unter dem Bilde einer äußerst akuten Osteomyelitis des Hüftgelenkes. Die subakute Form lokalisiert sich gern im Knie und Ellbogen und gleicht einem akuten Gelenkrheumatismus mit Rezidiven. Die chronische Form endlich ist ausschließlich aufs Knie beschränkt und täuscht leicht einen Tumor albus vor. Die Diagnose ist nicht leicht und kann bei Irrtümern und operativen Eingriffen natürlich verhängnisvoll werden, wie dies bereits mehrfach vorkam. Die Anamnese muß daher eine außerordentlich sorgfältige sein. Die Therapie hat in absoluter Ruhigstellung event. Extension zu bestehen.

Niché (Breslau).

21) M. Kroner. Erfahrungen über Friedensschußverletzungen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 3.)

Jede frische Schußwunde ist als aseptisch zu betrachten. Demgemäß hat sich die Behandlung vorerst auf die Desinfektion und sterile Bedeckung der Wunde zu beschränken. Sondieren ist verboten. Grobe Schmutzpartikel sind natürlich zu beseitigen. Geschosse, welche keine direkten Beschwerden machen, soll man einheilen lassen.

Was die Verletzung der einzelnen Körperorgane im besonderen anlangt, so stellten unter dem Material aus der Körte'schen Abteilung von im ganzen 150 Schußverletzungen diejenigen des Schädels, welche nicht penetrierend waren, leichte Verwundungen dar. Dagegen waren die penetrierenden Schädelschüsse sehr ernster Natur, endeten doch 17 von 28 tödlich. Von Bedeutung bei diesen Traumen sind vor allem die Verletzungen der Arteria meningea media. Häufig ist Erblindung eines oder beider Augen. Operatives Vorgehen ist nur angezeigt, wenn Symptome einer fortdauernden Blutung auftreten. Bei Herz- und Lungenschüssen ist die Therapie eine abwartende, abgesehen einerseits von Blutungen in den Herzbeutel oder Verletzungen der Art. mammaria interna und intercostalis. Ergüsse in die Pleura erfordern Aspiration, ebenso wie man zweckmäßig große Blutergüsse des Brustfellraumes abläßt, und zwar event. mittels Rippenresektion.

Bezüglich der Bauchschüsse ist Verf. der Ansicht, daß trotz der günstigen exspektativen Behandlung derselben im südafrikanischen Kriege für den Frieden die Laparotomie die zweckmäßige Behandlung ist. Bei der geringen Durchschlagskraft sind die von den Geschossen erzeugten Darmlöcher größer, und durch die mehr oder weniger erhebliche Füllung der Eingeweide ist die Gefahr des Austrittes von Darminhalt in die Bauchhöhle höher anzuschlagen. Für die Prognose der Operation ist die Zeit, welche nach der Verletzung verstrichen ist, von Wichtigkeit.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

22) W. v. Brunn. Weitere Untersuchungen über die Vereiterung tuberkulöser Gewebe.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 319.)

v. B. greift zunächst auf eine frühere eigene Arbeit zurück, in der die Bakteriologie vereiterter Halslymphome studiert und eine Mischinfektion durch Tuberkelbazillen zusammen mit Streptokokken in solchen Fällen nachgewiesen wurde (vgl. d. Bl. 1903 p. 964). Im Verlaufe der letzten $1^1/_2$ Jahre von ihm am Materiale der Marburger Klinik angestellte neue Untersuchungen betreffen erstlich wieder

drei Fälle vereiterter tuberkulöser Halslymphome. Auch hier wurden neben der durch Tierinfektion nachgewiesenen Tuberkulose bakteriologisch Streptokokken gefunden, so daß die Streptokokken in solchen Fällen als regelmäßiger Befund ansehbar erscheinen. Man wird annehmen können, daß dieselben aus den Mandeln und den übrigen lymphatischen Apparaten der Mund-Rachenhöhle, wo sie stets schmarotzend zugegen sind, herstammen. Hieran schließen sich nun die einwandsfreien Untersuchungsresultate von sechs Fällen kalter Abszesse, deren Sitz am Körperrumpf und den Extremitäten war. Hier wurden neben der Tuberkulose Streptokokken niemals, dagegen der Regel nach Staphylokokken, einmal auch Proteus gefunden. Dies spricht für die Annahme, daß die Mischinfektion nicht etwa auf dem Blutwege, sondern auf dem Lymphwege von der zunächst gelegenen Oberflächenbedeckung (und den dort gewohnheitsgemäß nistenden Bakterienarten) her erfolgt. Wichtig ist die sehr geringe Virulenz der in den kalten Abszessen vorhandenen Eitererreger. In sämtlichen zur Untersuchung gelangten sechs Fällen wurde Heilung durch die gewöhnlichen therapeutischen Maßregeln (Punktion mit Jodoforminjektion bezw. Inzision usw.) leicht herbeigeführt. — Zum Schluß Literaturverzeichnis von 21 Nummern. **Reinhard Schmidt** (Cuxhaven).

23) **Randolph.** A case of spontaneous arrest of growth in an endothelioma, with subsequent inflammatory absorption.

(Amer. journ. of the med. sciences 1905. Januar.)

Bei einer 43jährigen Frau hat sich unter der Haut des linken Vorderarmes an der Rückseite desselben eine verschiebliche Geschwulst entwickelt. Dieselbe ist seit 3 Jahren, ohne Schmerzen zu verursachen, gewachsen, seit 6 Monaten aber stationär geblieben; seit 2 Wochen sind die Symptome einer Entzündung in ihrer Umgebung aufgetreten. Die Geschwulst wurde exstirpiert und mikroskopisch untersucht. Ein Rezidiv ist seit 6 Monaten nicht aufgetreten.

Es handelte sich um ein Endotheliom, ausgegangen vom Endothel der Lymphräume. Die Geschwulstzellen liegen in Maschen, die von einem bindegewebigen Stroma gebildet werden. Das Bindegewebe umgab die ganze Geschwulst. Es befand sich im Zustande der Hyperplasie, enthielt zahlreiche neugebildete Blutgefäße und war mit Rundzellen infiltriert. Die in den Maschen liegenden Geschwulstzellen waren zum großen Teile nekrotisch. Am Rande der nekrotischen Massen nach dem bindegewebigen Stroma zu fanden sich zahlreiche Riesenzellen.

R. faßt den Prozeß folgendermaßen auf: Das im subkutanen Bindegewebe entstandene Endotheliom wuchs bis vor 6 Monaten. Um diese Zeit trat die Nekrose der Geschwulstzellen auf. Dies äußerte sich klinisch im Stillstande des Wachstums. Das nekrotische Gewebe wirkte als Fremdkörper auf seine Umgebung und rief eine produktive Entzündung hervor. Die Riesenzellen deutet R. als Phagocyten.

Läwen (Leipzig).

24) **M. M. Klar.** Simulation oder Hysterie?

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. II. Hft. 3.)

Ein eklatanter Fall, der aufs beste beweist, daß auf dem Gebiete der Unfallversicherung den gesetzgebenden Faktoren noch sehr viel zu tun übrig geblieben ist, und wie schwer es ist, konsequenten, hartnäckigen, arbeitsscheuen Simulanten beizukommen und sie so zu entlarven, daß alle Instanzen zu erkennen vermögen, wen sie vor sich haben, und demgemäß urteilen. Es handelt sich um einen Fuhrknecht, der von einem mit Stammholz beladenen Wagen gefallen, und dem ein Rad über die Brust und den rechten Arm hinweggegangen war. 13 ärztliche Gutachten ohne die Entscheidungen des Schiedsgerichtes mußten ausgestellt werden, in denen einerseits fast stets eine Simulation, andererseits eine Verminderung resp. Erhöhung der Rente ausgesprochen wurde, bis Pat. schließlich der Vulpius'schen orthopädisch-chirurgischen Heilanstalt in Heidelberg überwiesen wurde. Die Beschwerden bestanden bei der Aufnahme in Schmerzen zwischen den Schulterblättern, in der ganzen Brust und im Kreuz und in vollständiger Lähmung und Gebrauchsunfähigkeit des rechten Armes. Trotzdem in dieser Anstalt Pat. durch eine äußerst

rationelle Untersuchung der Simulation überführt wurde und mit dem Passus entlassen wurde, daß man es mit einem Simulanten schlimmster Sorte zu tun habe, der keinen rechtlichen Anspruch auf eine Rente habe, wurde ihm 4 Monate später auf die nichtssagenden Aussagen eines Agenten, eines Metzgermeisters, eines Maurers hin eine endgültige Rente von 60% zugesprochen.

Hartmann (Kassel).

25) **Rottenstein.** Ein schwerer Fall von Tetanus.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 3.)

Der Tetanus kam bei dem 13jährigen Mädchen nach leichten Verletzungen an den Händen (bei Gartenarbeit) und nach einer Inkubationsdauer von ca. 10 Tagen zum Ausbruch. Antitoxin (100 A.-E.) wurde nur einmal subkutan injiziert, hatte aber in dieser einen Dosis keinen Einfluß; die Erscheinungen gingen durch sehr hohe Dosen von Narkoticis (bis 10 g Chloralhydrat und bis 0,04 Morphin pro Tag), die intoxikatorisch wirkten, ganz allmählich zurück. Heilung.

Kramer (Glogau).

26) **S. D. Hopkins.** Intracerebral injections of antitetanie serum in traumatic tetanus.

(Med. news 1904. Dezember 10.)

Verf. berichtet über drei Fälle von intrazerebralen Tetanusantitoxininjektionen, von welchen ein Fall tödlich verlief, während die beiden anderen ohne jede zerebrale Störung genasen. Die Mortalität bei der gewöhnlichen Behandlung berechnet Verf. auf ca. 90%. Von 147 Fällen zerebraler Injektion betrug die Sterblichkeit 61%.

Hofmann (Freiburg i. B.).

27) **C. Poenaru Caplescu** (Bukarest). Das Stovain in der Chirurgie.

(Spitalul 1904. Nr. 21 u. 22.)

Verf. gibt kurz die Krankengeschichten von 22 Fällen der Klinik von T. Jonnescu, an welchen er verschiedene operative Eingriffe unter lokaler Stovainanästhesie schmerzlos ausgeführt hatte. Das Präparat hat auch antiseptische Eigenschaften und ist viel weniger giftig als das Kokain. Man benutzt zu subkutanen Einspritzungen 1%ige Lösungen in sterilisiertem Wasser, und wurden bei den betreffenden Fällen 2—7 ccm in Anwendung gebracht. Unangenehme Zufälle wurden nur in einem Falle beobachtet, wo der Pat. nach der Operation während des Verbandes ohnmächtig wurde und leichte tonische Kontraktionen wie im Anfange eines epileptischen Anfalles darbot, was eher auf die Erregbarkeit des Kranken, als auf eine Einwirkung des Mittels zurückgeführt werden muß.

E. Toff (Braila).

28) **N. Bardescu** (Bukarest). Das Stovain in der lokalen und spinalen Anästhesie.

(Spitalul 1904. Nr. 23.)

Verf. hat 12 Fälle mit lokaler und einen (Amputation des Beines) mit spinaler Stovainisierung operiert und dabei festgestellt, daß das Stovain ein sehr gutes Anästhetikum ist und das Kokain mit Vorteil ersetzt, da es keine unangenehmen Nebenerscheinungen bewirkt und viel weniger giftig ist. Für die lokalen Einspritzungen benutzte B. eine 1%ige Stovain-Chlornatriumlösung, welcher er noch 2:100 titrierte Adrenalinlösung hinzufügt, um die Blutungen auf ein Minimum zu beschränken. Die Einspritzungen in den Rückenmarkskanal macht man am besten mit Lösungen, die man sich selbst mit Liquor cerebrospinalis herstellt, zu welchem Behufe man eine konzentrierte sterilisierte Stovainlösung mit der entsprechenden Menge frisch entnommener Rückenmarksflüssigkeit mischt.

E. Toff (Braila).

29) **Keen.** A case of total laryngectomy (unsuccessful) and a case of abdominal hysterectomy (successful), in both of which massage of the heart for chloroform collapse was employed, with notes of 25 other cases of cardiac massage.

(Therapeutic gaz. 1904. April 15.)

Verf. berichtet zunächst über einen Chloroformtod am Schluß einer totalen Kehlkopfexstirpation bei einem fettleibigen, sehr schwer zu narkotisierenden Mann. Als die üblichen Mittel nichts halfen, eröffnete K. die Bauchhöhle und massierte das Herz durch das uneröffnete Zwerchfell hindurch. Pat. starb.

Der zweite Fall wurde dem Verf. durch Dr. Igelsind in Tromsö zur Publikation überwiesen. Kurz vor Beendigung einer abdominalen Uterusexstirpation kollabierte die 43 Jahre alte Pat. Da I. auf andere Weise nicht zum Ziele kam, resezierte er Stücke der 4. und 5. Rippe und brachte durch direkte Massage des Herzens nach Eröffnung des Perikards das Herz wieder zum Schlagen. Die Pat. erholte sich und wurde 5 Wochen später geheilt entlassen.

Im Anschluß hieran zählt K. die physiologischen Experimente auf, die bisher zur Aufklärung dieser Dinge angestellt worden sind. Ferner führt er einige Methoden der Eröffnung des Brustkorbes zum Zwecke der Freilegung des Herzens an und gibt eine ausführliche Zusammenstellung der bisher publizierten, mit Herzmassage behandelten Fälle. Hierbei sind auch die deutschen Fälle mitgezählt. Mit Zurechnung eines am Schluß als übersehen verzeichneten Falles von Cohen handelt es sich im ganzen um 28 Personen, von denen 4 am Leben erhalten werden konnten. **W. v. Brunn** (Rostock).

30) **Vincent.** Recherches bactériologiques sur la balanite vulgaire.

(Ann. de dermat. et de syph. 1904. p. 497.)

Verf. fand in 25 unter 31 Fällen von Balanitis einen anaerob wachsenden Bazillus neben den bereits von Berdal und Bataille beschriebenen Spirillen. Viel seltener kommen Staphylokokken, Streptokokken und andere Bakterien vor. Der anaerobe Bazillus ist 2—3 μ lang, sehr fein, unbeweglich, an den Enden abgerundet, tritt manchmal als Diplo- oder Streptobazillus auf. Er wächst auch in Bouillon, trübt diese und verbreitet einen üblen Geruch. Er färbt sich mit stärkeren Lösungen (Thionin Ziehl) gut, aber nicht nach Gram; bei 55—58° stirbt er ab. Auf Mäuse ist er überimpfbar und tötet sie in 1—2 Tagen bei intraperitonealer Injektion.

Einmal fand Verf. denselben Bazillus bei einem Falle von Puerperalsepsis in dem stark stinkenden Fluor. **Klingmüller** (Breslau).

31) **Ravant et Darré.** Les réactions nerveuses au cours des herpès génitaux.

(Ann. de dermat. et de syph. 1904. p. 481.)

Verff. haben bei 26 Fällen von Herpes genitalis die Lumbalpunktion gemacht und bei der Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit folgendes gefunden. In einem Falle von ausgesprochenem neuralgischen Herpes zeigten sich spärliche polynukleäre Leukocyten, sonst nur Lymphocyten. Der Lymphocytengehalt war in 5 Fällen sehr erheblich, in 10 Fällen mäßig, in 6 Fällen gering, in 5 Fällen normal; und zwar war er parallel der Intensität der neuralgischen Erscheinungen. Daraus schließen Verff., daß das Nervensystem in der Pathogenese dieser Affektion eine sehr wichtige Rolle spielt. Mikroorganismen konnten weder bakteriologisch noch mikroskopisch nachgewiesen werden. Der Eiweißgehalt war sehr gering. Inokulationen von den Herpesbläschen und mit dem Liquor cerebrospinalis ergaben kein positives Resultat. Die Punktionen verliefen bei den Kranken ohne weitere Störung. Der Lymphocytengehalt kann ziemlich schnell verschwinden, wie Verff. an zwei Fällen konstatierten. **Klingmüller** (Breslau).

32) **Reichel.** Beitrag zur Harnröhrenplastik.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 422.)

Wir verweisen bezüglich dieser Mitteilung, über deren Gegenstand der Autor auf der vorjährigen Naturforscherversammlung Vortrag gehalten hat, auf den im vorigen Jahrgang unseres Blattes p. 1367 erschienenen Selbstbericht desselben. In bezug auf die Technik der in zwei Fällen von nach Exzision von Strikturen hinterbliebenen großen perinealen Harnröhrendefekten vorgenommenen Plastik ist noch folgendes hinzuzufügen. Die Granulationswunde am Damme wurde abgeschabt, die Harnröhrenstümpfe durch Abkappung angefrischt, der Hodensack median gespalten und nun der vom inneren Präputialblatte zurecht gemachte Hautdecklappen bei nach unten zurückgeschlagenem Penis auf dem Defekte vernäht. Die Präparierung des Vorhautlappens geschah durch zirkuläre Umschneidung der Vorhaut an der Corona glandis und der Übergangsfalte vom äußeren zum inneren Vorhautblatt; ein Sagittalschnitt links vom Frenulum vereinigte diese beiden Zirkelschnitte, wonach ein 6 cm langer, 2 cm breiter Schleimhautlappen, der rechts noch am Frenulum gestielt und ernährt blieb, verfügbar war. Der am Dammdefekt und den beiden Harnröhrenstümpfen angenähte Lappen wurde durch Gazetamponade an seinem neuen Standort angedrückt gehalten, während ein durch den hinteren Harnröhrenstumpf in die Blase geführter Nélaton für den Urinabfluß sorgte. Am 10. Tage konnte der Stiel des unter geringfügiger Partialgangrän angeheilten Lappens getrennt werden. Nachdem durch fortschreitende Epithelwucherung von diesem aus eine breite Schleimhautbrücke zwischen den Harnröhrenden zustande gekommen, wird im Operationsschlußakt diese Schleimhautrinne über einen dicken Katheter zum röhrenförmigen Kanale mittels Nähten ähnlich der Lembert'schen Darmnaht zusammengebracht; darüber wurden die angefrischten Dammweichteile als zweite Etage vereinigt, ebenso die getrennten Skrotalhälften genäht. Endresultat sehr gut, Miktion tadellos, nur daß die letzten Urintropfen durch leichten Druck auf den Damm entleert werden müssen (Muscularismangel an der neuen Harnröhre); freie Sondierbarkeit der Harnröhre für dicke Instrumente, tadellose Erektilität des Penis.

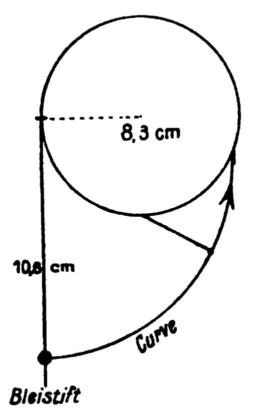
Über das Operationsverfahren in einem Falle von Striktur der vordersten Pars pendula ist dem bereits angezogenen Referate nichts hinzuzufügen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

33) **C. L. Squire.** Catheterism in prostatic retention.

(New York med. record 1904. Dezember 31.)

Zur Improvisierung einer brauchbaren Katheter-Mandrinkrümmung für Retention bei Prostatikern braucht S. ein gewöhnliches Wasserglas von 8,3 cm Durchmesser, ein Bandmaß, respektive einen Faden von 10,8 cm, ein Stück Papier und einen Bleistift.



Der Faden wird mit dem einen Ende als »Tangente« an dem auf das Papier umgestürzten Glase festgehalten und darauf mit dem freien, stets straff gespannten Ende, das die Bleistiftspitze trägt, eine Kurve gezogen, bis sich allmählich der Faden ganz um das Glas wickelt.

Es entsteht auf dem Papiere kein Kreis, sondern eine »Involute«, nach der angeblich am besten die Mandrinkrümmung hergestellt wird.

Loewenhardt (Breslau).

34) **Gretsch & Co.** Neues Instrument zur Untersuchung auf Blasensteine.

(Ärztl. Polytechnik 1904. September.)

G. & Co. haben mit der Steinsonde einen Hörschlauch, ähnlich der Posner-schen Steinsonde, aufgesetzt und an derselben ein Membranstethoskop angesetzt,

welches bei Berührung der Steinsonde mit dem Stein einen deutlichen Klang angibt. Sonde und Stethoskop sind leicht zu trennen und zu verbinden und können, jedes für sich, einzeln gebraucht werden. 1 Figur im Original.

E. **Fischer** (Straßburg i. E.).

35) **S. Derjushinski.** Ausgedehnte Harn-Blasenresektion wegen Karzinom.

(Berichte der chir. Gesellschaft in Moskau.)

Moskau, 1904.

Seit einem Vierteljahre bestehende häufige Harnverhaltung und schmerzhafter, gesteigerter Harndrang führten die 62jährige Kranke ins Hospital. Im Harn Blut. Da ein Stein nicht nachweisbar war, wurde cystoskopiert und der Verdacht auf Neubildung bestätigt. Sectio alta: Die ganze vordere Wand der Blase und Teile der Seitenwände, in Summa $^2/_3$ des Organes, mußten entfernt werden. Es lag ein »alveoläres Karzinom« vor. Die Blase wurde genäht, ins Cavum Retzii ein Tampon gelegt. Es bildete sich alsbald eine Blasenfistel, die erst nach Monaten heilte.

Als Pat. gerade anfing sich zu erholen, zeigte sich wieder Blut im Harn. Die Untersuchung mit dem Katheteter führte zu abermaliger Öffnung der Blase behufs Entfernung eines inkrustierten Seidenfadens (durchgeschnittene Naht). Von da ab war Pat. beschwerdefrei. Bald jedoch begannen die Tenesmen usw. von neuem, über der Symphyse wurde ein derbes Infiltrat fühlbar. Pat. wurde kachektisch, 8 Monate nach der ersten Operation ging sie an (Sektion) generalisierter Bauchfellkarzinose zugrunde. Ein Geschwulstknoten hatte den linken Harnleiter derart komprimiert, daß es zu Hydronephrose gekommen war.

V. E. Mertens (Breslau).

36) **D. Schwarz.** Ein Fall von Operation einer Vesiko-Vaginalfistel auf transvesikalem Wege.

(Liečnički viestnik 1904. Nr. 7. [Kroatisch.])

Die 21jährige Pat. zeigte eine blind endigende Scheide mit einer ca. 2 mm breiten Öffnung, durch die sich Urin und Menstrualblut entleerte. S. versuchte eine hohe Kolpokleise, um den Urin und das Menstrualblut durch die Harnröhre zu leiten, welche jedoch mißlang. Nach einiger Zeit führte er eine sehr breite Epicystotomie aus mit Anfrischung und Naht der Fistel und darauffolgender Naht der Epicystotomiewunde. Heilung. Kontinenz. In der Literatur konnte Verf. 15 Fälle von dieser Trendelenburg'schen Operation auffinden mit 11 Erfolgen, einem Mißerfolg und einem unbekannten Resultate, wozu sein Fall als 16. kommt.

v. Cačković (Zagreb-Agram).

37) **J. A. Nydegger.** Two cases of chronic nephritis, treated surgically.

(New York med. record 1904. November 5.)

Zwei Fälle von Dekapsulation bei chronischer Nephritis mit einem glücklichen und einem unglücklichen Ausgange führen den Verf. zu dem Schluß, daß sich hier bei rechtzeitigem Eingreifen ein weites Feld für die Chirurgie eröffnet.

Loewenhardt (Breslau).

38) **H. N. Vineberg.** Nephrectomy for tuberculosis of the kidney, with a report of four cases.

(New York med. record 1904. November 12.)

Die Publikation von V. enthält eine Erörterung der in letzter Zeit wieder mehrfach besprochenen Anschauungen, welche für chirurgische Eingriffe bei Nierentuberkulose maßgebend geworden sind und die Zweckmäßigkeit der Nephrektomie begründen.

Dann wird darauf hingewiesen, daß besonders bei Frauen nicht selten hyperämische Stellen und Erosionen an der Harnleitermündung sich finden können, ohne eine andere Bedeutung als die einer lokalisierten katarrhalischen Cystitis zu beanspruchen.

So konnte Verf. eine mehrere Monate nach einer Entbindung auftretende Hämaturie, welche auch nach dem cystoskopischen Bild auf Tuberkulose verdächtig war, mit Applikation von Argentum nitricum heilen.

Auch bei Tuberkulösen ist nicht jede Cystitis eine tuberkulöse, und sollte erst zur Differentialdiagnose der Blasenaffektionen genannte lokale Behandlung eingeleitet werden.

Unter der Kasuistik von vier Nephrektomien befindet sich ein als aufsteigende Tuberkulose angegebener Fall, welchem bei genauer Betrachtung, wie auch Verf. später anerkennt, für diese Richtung des Infektionsganges keine Beweiskraft innewohnt.

Loewenhardt (Breslau).

39) A. Linck. Pyonephrose bei Verdoppelung der rechten Niere.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 51.)

Beobachtung aus dem Danziger Stadtlazarett (Prof. Barth). Die 7jährige Pat. hatte von jeher Anfälle von Unterleibsschmerzen mit Erbrechen und zuletzt eine fieberhaft entzündliche Affektion, die als Perityphlitis diagnostiziert war, gehabt. Bei der Lazarettaufnahme bestand spärliche Entleerung von trübem, eiweißreichem Urin; nach Katheterismus, wobei sich aus der Blase dicke Eitermassen entleerten, wurde die Diurese reichlicher, indes bildete sich eine nach der Scheide und dem Mastdarme zu fluktuierende Schwellung, deren vaginale Inzision Eiter entleerte, aber keinen völlig freien Sekretabfluß herstellte. Die vorhandene intraabdominelle cystenartige Eiterhöhle wurde deshalb auch vom Bauche her angegriffen, wobei sie sich als der hinteren Bauchwand angehörig und retroperitoneal erwies. Auch ihre Einnähung in die Bauchwunde, nach 3 Tagen gefolgt von Inzision, führte nicht zur Heilung, weshalb die Totalexzision des Sackes vorgenommen wurde, und zwar mit Nephrektomie. Danach glatte Heilung. Das in der Arbeit abgebildete interessante Operationspräparat zeigt, daß es sich um eine Doppelniere mit zwei Harnleitern handelt. Die obere Nierenhälfte ist cystisch erweitert, ebenso wie ihr Nierenbecken und namentlich der Harnleiter, der sich in den mehrfacher Inzision unterzogenen Eitersack verwandelt hatte. Auch der untere Nierenabteil nebst seinem Harnleiter ist erweitert, aber weniger hochgradig.

Wahrscheinlich besaßen beide Harnleiter, mindestens aber der obere, unzulängliche Ausmündungen, wodurch Stauungsurinsäcke entstanden. Die als Perityphlitis diagnostizierte Erkrankung wird die purulente Infektion des großen Sackes vermittelt haben, die bislang noch nicht beobachtet zu sein scheint.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

40) W. Bogoljubow. Nierenechinokokkus.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1904. [Russisch.])

B. fand unter 2474 Echinokokkuskranken in 4,52% der Fälle als Sitz der Krankheit die Niere, d. h. 112mal. Nur in 9 Fällen war eine sichere Diagnose gestellt worden. B. bringt seinerseits 2 von Rasumowski operierte Fälle:

1) Vor 8 Jahren bemerkte die jetzt 26jährige Pat. rechts unter den Rippen eine kleine halbkugelige Geschwulst, die allmählich wuchs und schmerzhaft wurde. Urin und seine Entleerung waren stets normal.

Pat. wies bei der Untersuchung in der rechten Bauchhälfte eine runde, mannskopfgroße Geschwulst auf, die sehr schmerzhaft war, deutlich fluktuierte und sehr beweglich war. Perkussionsschall gedämpft. Diagnose fraglich.

Die Operation ergab sofort, daß es sich um einen Echinokokkus der Niere handelte, der vom oberen Pol ausgegangen war, und zwar so, daß nur das obere Viertel betroffen, die übrige Niere ($^3/_4$) ganz gesund war. Es wurde also der obere Pol reseziert samt dem Echinokokkussacke, von dem nur ein mit dem Kolon verwachsenes Stück belassen wurde. Drainage.

Die Heilung verlief, abgesehen von anfänglichem Fieber und Sekretverhaltung, ohne wesentliche Störungen. 6 Jahre später war Pat. gesund; sie hatte in der Zeit zweimal geboren.

2) Die 23jährige Pat. bemerkte vor 13 Jahren eine Geschwulst in der rechten Seite ihres Leibes. Abgesehen von Übelkeit nach dem Essen hatte sie keine Beschwerden. Es fand sich in der Tat eine mannskopfgroße, fluktuierende Geschwulst, die hinter (Aufblähung) dem Colon ascendens lag. Diagnose: Echinokokkus renis. Operation: Punktion und breite Eröffnung des Sackes, nach dessen Entleerung bei bimanueller Untersuchung eine zweite Blase entdeckt, von der ersten aus geöffnet und ebenfalls entleert wurde. (Behandlung mit provisorischer Fixierung an der Bauchwand, vgl. Rasumowski, Zentralblatt für Chirurgie 1901). Ausgiebige Drainage. Im Laufe des nächsten Monates wurden bei jedem Verbandwechsel durch Spülung Tochterblasen entleert. Nach $4^1/_2$ Monaten begann Pat. Echinokokkusblasen auszuhusten. Skiaskopisch wurde eine Affektion der rechten Lunge festgestellt. Bei der zweiten Operation stellte sich heraus, daß dieser Lungenechinokokkus von der Leber her in die Lunge eingebrochen war. Als die Fisteln nach langer Zeit sich geschlossen hatten, fühlte Pat. sich durch 2 Jahre wohl. Dann aber bemerkte sie das neuerliche Entstehen einer Geschwulst im Leibe rechts, die vorderhand zu einem Eingriffe keinen Anlaß gab.

V. E. Mertens (Breslau).

41) Orthmann (Berlin). Über Embryoma tubae.

(Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. LIII. Hft. 1.)

Der durch seine histologischen Untersuchungen bestens bekannte Autor schildert uns diesmal eine rarissima avis. Aus der Literatur vermochte er nur fünf Fälle von Tubendermoiden zusammenzustellen. Auch von diesen fünf hält er nur zwei für einwandsfrei. Dazu kommt seine Geschwulst: eine Mischgeschwulst, welche, an einem dünnen Stiele sitzend, in der rechtsseitigen Sactosalpinx einer 33jährigen Pat. während der Beobachtungszeit von mehreren Jahren entstanden war. Eine mehrere Jahre zurückliegende Inspektion beider Tuben gelegentlich einer Kolpocoeliotomia anterior hatte nichts Verdächtiges entdecken lassen. Nunmehr bei der erneuten Köliotomie fand sich die Sactosalpinx mit Zapfen und typischem Dermoidinhalt: »einem rasch gerinnenden Fettbrei, in welchem blonde Härchen suspendiert waren«. O. polemisiert daher mit Recht gegen die Annahme einer angeborenen, von der Mutter der Trägerin stammenden Geschwulst im Sinn eines Foetus inclusus, gleichaltrig mit der Trägerin. Er hält es für möglich, daß eine befruchtete Polzelle — also ein Abortivei — in den Schleimhautfalten der Tube sich inseriert und das Produkt aller drei Keimblätter erzeugt habe. Die zapfenförmige, 5 cm lange Geschwulst war (abgesehen von dem dünnen Stiele) vollkommen frei beweglich und lag in der Längsrichtung der Tube. An der Unterfläche saß in einem geschlossenen Zahnsäckchen ein wohlentwickelter Eckzahn. Mikroskopisch enthielt der Zapfen die Derivate der Haut, des Gehirnes, der Mundbucht, der Schilddrüse und des Respirationstraktus. Die ganze Bildung gleicht makroskopisch wie im histologischen Bild am meisten einem typischen Ovarialembryom. Aber auch im Ovarium sind gestielte Dermoidzapfen enorm selten. Ein solch gestieltes Embryom wurde im Ovarium nur vom Ref. beschrieben, welchen Fall O. auch vergleichend zitiert. Für die O.'sche Erklärung seiner Geschwulstentstehung spricht, daß die ganze Neubildung sehr an die Verhältnisse gestielter Tubeneier- und Blutmolen erinnert.

Kroemer (Gießen).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

// Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 14. Sonnabend, den 8. April. 1905.

Inhalt: Deutscher Chirurgenkongreß.

XXXIV. Chirurgenkongreß.

Um möglichst rasch im Zentralblatt einen sachlich richtigen Bericht über die Ergebnisse des Kongresses bringen zu können, bitte ich die Herren, welche auf demselben Vorträge halten werden, mir recht bald nach der Sitzung einen Selbstbericht über solche in Berlin zu übergeben oder nach Breslau XIII, Kaiser Wilhelmstraße 115, einzusenden.

Richter.

(Aus dem S. Giovanni-Hospital in Turin.)

Über eine Vereinfachung der Technik der Transplantation nach Thiersch.

Von

Prof. Dr. L. Isnardi, I. Chirurg.

Die Transplantation von Epidermislappen hat bekanntlich zuerst Reverdin empfohlen.

Thiersch modifizierte die Reverdin'sche Technik, indem er a. die Lappen der Haut des Pat. selbst entnahm, b. ausgedehntere und dünnere Lappen verwendete, c. die Lappen entweder auf frische oder durch Abschabung von den Granulationen befreite Wundflächen brachte.

Die Thiersch'sche Methode gab unverhoffte Resultate und fand, da sie von allen Chirurgen leicht angewendet werden kann, rasche Verbreitung. Die Lappenbildung verursacht keine übermäßigen Schmerzen, und die dadurch hervorgebrachte Wunde heilt in wenigen Tagen, weshalb der Pat. selbst, ohne Schaden zu leiden, die Lappen liefern kann. Von größerem Belang ist das Abschaben der Granulationen.

Neuerdings schlug Lauenstein (s. d. Zentralblatt 1904 Nr. 35), mit Rücksicht auf die Übelstände, die das Abschaben der Granulationen mit sich bringt, vor, an Stelle des scharfen Löffels einen sterilen Gazetupfer zu nehmen und mit diesem die Granulationsfläche zu reiben.

Ist aber diese Anfrischung der granulierenden Wundfläche wirklich notwendig?

Seit 8 Jahren bringe ich die nach Thiersch gebildeten Lappen auf die intakten Granulationen und erhalte so befriedigende Resultate, daß es mir unmöglich scheint, man könne durch Abschaben der Granulationen bessere erzielen.

Die Fälle, die ich in dieser Weise behandelte, belaufen sich auf etwa 140. Unter anderen erwähne ich eine Bißwunde am Ohr, viele durch Abtragung von Tumoren entstandene Substanzverluste am Gesicht, einen durch Verbrennung hervorgerufenen 3 Hände breit über Hals, Achsel und Thorax sich erstreckenden Defekt bei einem alten Manne, mehrere nach Abtragung von Mammatumoren entstandene Wundflächen am Thorax und ausgedehnte Defekte am Thorax und Bauche, die in Fällen von Resektion des Thorax nach Estlander nach Bildung von Hautlappen zur Bekleidung der retrahierten Lunge entstanden waren, einige von Phlegmonen zurückgelassene Wundflächen am Bauche, andere am Penis in einem Falle von partieller und einem Falle von totaler Gangrän seiner Haut, noch andere an der Leiste nach Drüsenausräumung. In einigen Fällen handelte es sich um weite, durch Riß- und Quetschwunden oder ausgedehnte Phlegmone hervorgerufene Wundflächen am Vorder- oder Oberarm mit Entblößung

von Muskeln, Knochen, Sehnen, und in einem Falle um durch Verbrennung hervorgerufene, über die ganze Rückseite beider Hände und der letzten vier Finger sich erstreckende Wundflächen. In vier Fällen war die Wundfläche durch Syndaktylieoperation entstanden. Am Fuße zog ich stets die Plastik nach der italienischen Methode vor, doch bekleidete ich die von den Lappen zurückgelassenen Wundflächen nach 15—20 Tagen nach der Thiersch'schen Transplantationsmethode. Weitere Fälle betrafen variköse Geschwüre. Ich erwähne den Fall einer 71jährigen Frau, die eine seit 4 Jahren datierende, über $^{2}/_{3}$ des Umfanges der unteren Hälfte des Unterschenkels sich erstreckende variköse Wundfläche aufwies; Heilung fand indessen erst 2 Monate nach ausgeführter Plastik statt. In anderen Fällen handelte es sich um Sequesterektomie der Tibia, um Wunden am Kopfe mit Entblößung der Knochen, um durch Karbunkel hervorgerufene Wunden am Nacken und Rücken usw.

In allen diesen Fällen brachte ich die Lappen auf Wundflächen mit intakten Granulationen, ja traf alle Vorsichtsmaßregeln, damit diese in keiner Weise verletzt würden. Die transplantierten Lappen heilen in der großen Mehrzahl der Fälle an und heben sich dann nicht mehr ab. Die erwähnte 71jährige Frau ist nunmehr seit einem Jahre in ihrem Geschäft tätig und bringt, mit einem elastischen Strumpf versehen, einen großen Teil des Tages stehend zu. Bei einem ebenfalls bejahrten Manne, der mit varikösem Geschwür behaftet war, ist die Narbe seit 6 Jahren festgeblieben. Und das variköse Geschwür ist doch der Prüfstein der Thiersch'schen Methode. Andere Pat. sah ich nach 2—4—8 Jahren wieder und konnte mich überzeugen, daß die so erhaltene Narbe fest ist, sich nicht retrahiert hat, sich in Falten erheben läßt und eine partielle Sensibilität erlangt hat, daß sie kurz und gut alle Merkmale der am besten ausgefallenen Transplantationsnarben besitzt.

Zur Erzielung solcher Resultate müssen die zu operierenden Partien äußerst streng aseptisch gehalten werden. Die Granulationen müssen klein, rosafarbig, hart, gesund sein, und dies erreicht man durch häufiges Reinigen der um die Wunde gelegenen Teile, durch häufigen Verbandwechsel, indem man bald einen feuchten, bald einen trocknen Verband anlegt, sowie dadurch, daß man jede Blutung der Wunde beim Verbandwechsel verhütet, bald kauterisiert, bald nach Baynton Streifen von Diachilonpflaster auf die Wunde legt usw.

Bei diesen Vorbereitungen geht nicht mehr Zeit verloren als bei der klassischen Thiersch'schen Methode; denn bekanntlich soll man nach Thiersch ungefähr 6 Wochen warten. Findet starke Eiterung statt, dann kommt es zu verhängnisvollem Abheben der Lappen.

Auf diese intakt gelassene granulierende Fläche bringt man die Lappen, die man hier mit Hilfe kleiner durch die Flamme gezogener Spatel oder mit den Fingern, die man in eben gekochte Gummihüllen steckt, ausbreitet.

Zur Fixation der Lappen breitet man eine weitmaschige Gaze-

lage über dieselben aus, die man an den Wundrändern mit Kollodium fixieren kann. Damit sie aber straff bleibe und die Lappen sicher immobilisiere, fixiert man sie besser in der Weise, daß man ihre Enden auf der entgegengesetzten Seite des Rumpfes oder des Gliedes zusammenbindet oder -näht. Mitunter, wenn Eiterung bestand, ließ ich die Gaze fort und fixierte die Lappen mit ganz feinem sterilisiertem Metallfaden, den ich an der Wundstelle spiralförmig um den Rumpf oder das Glied wand.

Über die so fixierten Lappen legt man einen feuchten Verband an; hierzu nimmt man mit einer warmen 3,5%igen Borsäurelösung angefeuchtete Gaze, Kautschuk und gewöhnliche Watte. Alle 24 Stunden wechselt man den Verband, und wenn Eiterung besteht alle 12 Stunden. Beim Verbandwechsel darf man die die Lappen immobilisierende Gazelage nicht abnehmen. Mit einem Gazetupfer drückt man das Exsudat vorsichtig aus und tupft es ab, und wenn man unter den Lappen Blut- oder Eiterbläschen bemerkt, die sich schwer entleeren lassen, skarifiziert man die Lappen an den betreffenden Stellen mit einer kleinen spitzen Schere und tupft das austretende Exsudat ab. Am 8. Tage nimmt man alles ab, bestreut die bekleidete Wundfläche mit Euphorin, bestreicht sie mit Lanolin und legt, um sie warm zu halten, mit trockener Gaze und reichlicher Watte einen Verband an. Oft bleiben zwischen den Lappen, trotzdem sie dicht nebeneinander gelagert sind, kleine Spalten zurück; setzt man aber die Behandlung mit diesem täglich erneuerten geeigneten Verband fort, so erfolgt in 1—2 Wochen vollständige Vernarbung.

Bei diesem Verfahren erhält man, wie ich schon sagte, konstant ein günstiges Resultat; es sollte auch von anderen versucht werden[1].

Die Erwägungen, die Thiersch und seine Anhänger machten, um zu zeigen, daß es besser sei, die Granulationen abzuschaben, haben meines Wissens keine vergleichenden Versuche zur Stütze und sind deshalb, bei aller Achtung vor den Verdiensten Thiersch's, diskutierbar. Es ist gesagt worden, daß man durch die Transplantationen eine ähnliche Vernarbung zu erzielen sucht, wie sie bei einer Wunde per primam erfolgt. Nunwohl, bei einer gut granulierenden Wunde, sofern es gelingt, die beiden Hautränder genau aneinander zu bringen, findet bekanntlich deren Verwachsung nicht nur statt, wenn die Granulationen abgeschabt worden sind, sondern auch wenn man sie intakt läßt.

Das Abschaben der Granulationen hat unleugbare Nachteile. In einem Falle von Transplantation nach Reverdin sah Thiersch schon nach 18 Stunden neugebildete Gefäße zwischen den intakt gelassenen Granulationen und dem transplantierten Lappen; bei den Trans-

---

[1] Siehe d. Zentralblatt Bd. XXV. p. 98. Die Methode, Thiersch'sche Lappen auf Granulationsflächen zu pflanzen, ist bisher mannigfach geübt. Seit dem Jahre 1896 ist sie vielfach in der Nebenabteilung der chirurgischen Klinik der Charité (Prof. A. Kohler) mit Glück geübt worden. (Siehe auch a. O. Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.) König.

plantationen nach Thiersch dagegen kommt es gewöhnlich erst nach 3 Tagen zu solcher Gefäßneubildung. Diese Verzögerung ist durch die Zeit bedingt, die die Gefäße brauchen, um das Exsudat zu substituieren, das sich nach Abschabung der Granulationen unvermeidlicherweise zwischen dem Wundgrunde und dem Lappen bildet. Außerdem verursacht das Abschaben der Granulationen Schmerz und Blutverlust, was bei einem Kranken nicht ohne Belang ist, und verlängert auch den Operationsakt, da man nach der Abschabung eine gewisse Zeit warten muß, bis vollständige Blutstillung erfolgt ist. Und mag man einen scharfen Löffel anwenden oder, wie Lauenstein vorschlägt, Gazetupfer, die Anfrischung der Granulationen könnte immer die Virulenz der auf der Wundfläche vorhandenen untätigen Mikroorganismen anfachen.

Deshalb glaube ich, daß, wenn die Transplantation nach Thiersch einen so großen Fortschritt der Reverdin'schen Methode gegenüber bezeichnete, dies eher der Art und Weise der Epidermislappenbildung beizumessen ist als der Anfrischung der Granulationen. Wie die Ränder jeder Wunde und selbst die Stümpfe einer subkutanen Fraktur eine, sei es auch nur ganz kurze Strecke weit unvermeidlich dem Tode verfallen, so müssen die Ränder der transplantierten Lappen nekrotisch werden. Sind die Lappen zahlreich, klein und nicht aneinander anschließend (Reverdin'sche Methode), so bleiben infolge dieser Nekrose zahlreiche Spalten zwischen ihnen zurück, und diese unzähligen Spalten gestatten keine Gefäßverbindung zwischen den einzelnen Lappen und richten sie durch ihren Eiter und ihre übermäßigen Granulationen zugrunde, weshalb die Lappen früher oder später sich abheben, wie man dies, als die Reverdin'sche Methode in Gebrauch war, so häufig beobachtete, und welches Abheben auch bei der Thiersch'schen Methode vorkommt, wenn die nicht aneinander anschließenden Lappen Spalten zwischen sich lassen. Bei der Heteroplastik sind diese Nekrosen der Ränder noch ausgedehnter.

Diese waren die Ursachen der Mißerfolge der Reverdin'schen Methode und nicht die intakt gelassenen Granulationen.

Das Intaktlassen der Granulationen ist also gerechtfertigt und empfehlenswert; denn es vereinfacht die Technik der Thiersch'schen Transplantationsmethode.

---

1) **Strehl.** Über die Nerven der Bauchhöhle, insbesondere den Plexus coeliacus, und ihren event. Einfluß auf die Pulsfrequenz bei Peritonitis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 3.)

Verf. stellt in ausgedehnterer und übersichtlicher Weise das zusammen, was wir bis heute über den N. sympathicus wissen und referiert auch über einige noch nicht zur Allgemeingeltung gekommene Anschauungen. Ein weiterer Abschnitt ist der Literatur über die Funktionen des Plexus coeliacus gewidmet, und es sind alle bisherigen

Versuche, besonders betreffs der Ausfallserscheinungen nach Exstirpation desselben, in ihrem Hauptinhalte wiedergegeben. Den dritten Teil bilden die eigenen Versuche des Verf. über die Funktion des Plexus coeliacus. Bei 22 Katzen wurden beide Ganglia coeliaca und das Ganglion mesentericum superius nach einer näher beschriebenen Operationsmethode total entfernt. Die Lebensdauer der Tiere betrug im längsten Fall über 2 Monate. Der konstante Befund während des Lebens war neben oft recht schweren Darmstörungen vor allem eine Abnahme des Kräftezustandes und des Körpergewichtes. Temperatur- und Pulsveränderungen wurden nicht wahrgenommen. Im übrigen konnte S. die Angabe früherer Beobachter nicht bestätigen, sofern sie behaupten, daß konstant Ernährungsstörungen der Magen-Darmschleimhaut dabei vorkämen. Er führt derartige Veränderungen auf die bei der Operation notwendigen Schädigungen in der Gegend der Gekrösgefäße zurück. Die großen Drüsen der Bauchhöhle scheinen ungestört weiter zu funktionieren; allerdings sind Unregelmäßigkeiten der Gallenabsonderung häufig. Die Ausnutzung der Nahrung ist wohl keine vollständige. Aus dem Mangel von Degenerationsstellen im Rückenmarke schließt Verf., daß von den Ganglienzellen des Plexus coeliacus keine zum Zentralnervensystem verlaufenden Fasern entspringen. Er sieht als einzige Folge der Exstirpation des Plexus coeliacus die beschleunigte Entleerung des Dünndarmes, wie die Erweiterung der Blutgefäße an. Die erhöhte Darmtätigkeit ist eine Folge des Ausfalles der die Darmtätigkeit durch Vagus und Sympathicusfasern direkt oder indirekt regulierenden Zentra im Gehirn oder Rückenmarke. Der Umstand, daß man bei der Sektion den ganzen Darmkanal mit Ausnahme des Dickdarmes immer im Kontraktionszustande findet, spricht dafür, daß der Tonus der Darmwandganglien andauernd vermehrt ist. Es fehlen ihnen die normalerweise vorhandenen Hemmungszentren. Der Dickdarm scheint durch die Operation in seiner Funktion wenig gestört zu sein; für ihn kommen wohl auch schon andere Nervenfasern in Betracht.

In einer zweiten Versuchsreihe, welche sich hauptsächlich mit der Nachprüfung der Friedländer'schen[1] Resultate beschäftigt, kam S. zu dem Resultate, daß bei Inkarzerationen und bei Peritonitis, die künstlich bei Katzen und Kaninchen erzeugt ist, die Pulsfrequenz in ähnlicher Weise vermehrt wird, gleichviel, ob die beiden Vagi an der Cardia durchschnitten sind oder nicht, und gleichviel, ob der Plexus coeliacus exstirpiert ist oder nicht. Er hält es überhaupt von vornherein nicht für wahrscheinlich, daß dem Vagus eine Rolle zukommt, wie sie ihm Friedländer zuspricht. Groß sind die Widersprüche über die Art der Nervenfasern des Sympathicus. Buch glaubt, daß alle Teile desselben Träger des Schmerzes sein können. Das stimmt aber nicht mit den Forschungen der bedeutendsten Anatomen überein. Ferner hat Lennander die absolute Unempfindlichkeit der visceralen

[1] S. Zentralblatt für Chirurgie 1904. p. 102.

Serosa beim Menschen festgestellt. Im Gegensatze zu diesen Beobachtungen führt wieder Nothnagel die Darmkoliken auf tonische Kontraktionen des Darmes zurück, bei denen das parietale Bauchfell gar nicht beteiligt ist. Aus Tierexperimenten ist eine Aufklärung über diese Widersprüche nicht zu erwarten. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

2) **Berger.** Les contusions graves de l'abdomen.

(Méd. moderne 1905. Nr. 2.)

B. bespricht die einzelnen bekannten, darum hier von mir nicht aufgezählten Symptome der stumpfen Bauchverletzungen und stellt folgende Operationsindikation: Kehrt nach der Verletzung das Bewußtsein nach kurzer Zeit wieder, wiederholt sich das initiale Erbrechen nicht, und fehlen die sonstigen Symptome der inneren Bauchverletzung, so soll man mit der Operation warten, bei Auftreten eines einzigen Symptoms dagegen sofort eingreifen. Hieraus ergibt sich, daß der Arzt den Verletzten unter ständiger Kontrolle behalten muß.

Coste (Straßburg i. E.).

---

3) **Scudder.** An operation for inguinal hernia.

(Annals of surgery 1905. Nr. 1.)

Im ganzen weicht die von S. vorgeschlagene Methode der Operation des Leistenbruches von der Bassini'schen kaum ab. Nach Eröffnung des Sackes, welche bei Trendelenburg'scher Beckenhochlagerung vorgenommen wird!, um das Zurückschieben des Bruchsackinhaltes zu erleichtern, wird der proximale, peritoneale Teil des Bruchsackes vom distalen, am Samenstrange haftenden durch transversalen Scherenschlag getrennt und der peritoneale durch eine Umsäumungsnaht sorgfältig geschlossen. Beim distalen Teil ist eine Naht meistens nicht nötig, da er obliteriert zu sein pflegt. Der übrige Teil der Operation verläuft mit Verlagerung des Samenstranges nach Bassini. Große Sorgfalt legt S. auf die Stillung der Blutung, er unterbindet zu diesem Zwecke nicht allein das kleinste Gefäß, sondern er legt das Bein der operierten Seite auf eine Schiene, damit die Spica des Verbandes durch Beugen des Beines nicht ihre komprimierende Wirkung verliert. **Herhold** (Altona).

---

4) **E. Tavel.** Technique de l'opération radicale de la hernie ombilicale.

(Revue de la Suisse romande 1904. Nr. 8.)

Nach einleitenden Betrachtungen über Entwicklung und Bau des Nabelringes und über Anatomie der Nabelbrüche werden die bislang bekannten Operationsmethoden einer geschichtlichen und kritischen Behandlung unterzogen.

Die Kocher'sche Methode, an welche sich das gleich zu beschreibende Verfahren T.'s anlehnt, wird besonders hervorgehoben, weil sie den anatomischen Verhältnissen der Nabelpforte am meisten Rechnung trägt.

Nur mit der Forderung der Eröffnung und Exzision des Sackes kann sich T. nicht einverstanden erklären; er läßt diese bei Erwachsenen, wo häufig Verwachsungen vorhanden sind, gelten, nicht aber da, wo letztere nicht bestehen, wie dies ausnahmslos bei Kindern der Fall ist.

Die von T. geübte Technik ist folgende:

1) Leicht bogenförmiger Querschnitt, je nach Lage des Bruches, über oder unter dem Nabel; bei Erwachsenen und Verwachsung der Haut elliptischer Schnitt nach Kocher.

2) Ablösung des Sackes — bei Kindern läßt sich die Exzision des Nabels vermeiden. Ist die Abpräparierung desselben nicht möglich, so wird der Scheitel des Sackes samt der anliegenden Haut reseziert und letztere mit einer Pinzette sofort wieder geschlossen.

3) Hervorziehen des abgelösten Sackes, Umschneidung des Nabelringes unmittelbar an der Basis des ersteren.

4) Torsion des Sackes — in ihm dürfen sich keine angewachsenen Baucheingeweide befinden.

5) Der torquierte Sack wird doppelt unterbunden und an der Basis abgetragen.

6) Naht der Nabelpforte, entsprechend den anatomischen Verhältnissen in querer Richtung.

Nach Kocher wurden 8 Brüche bei Kindern, einer bei Erwachsenen; nach eigener Methode 10 Fälle bei Kindern, 3 bei Erwachsenen operiert. Nie wurde Hautnekrose, niemals ein Rezidiv beobachtet; die Narbe zieht keine ästhetische Verunstaltung nach sich.

Kronacher (München).

---

5) **F. König** (Altona). Gutartige Magenerkrankungen und ihre chirurgische Behandlung.

(Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1904. Nr. 1.)

Beim Magengeschwür, dem Verf. den größten Teil dieser Besprechung widmet, können Perforation, Blutung und Schmerzen und als Folgezustand die Stenose das Eingreifen des Chirurgen erfordern. Wir müssen operieren: bei langdauernden schweren Geschwürserscheinungen, wenn trotz interner Kur das Körpergewicht sinkt, die Urinmenge abnimmt, bei motorischer Insuffizienz mit Hyperazidität, bei fehlender Salzsäure erst recht wegen Verdacht auf beginnendes Karzinom, bei oft erneuten Blutungen und Schmerzen, bei offenbaren Stenoseerscheinungen (Pylorusstenose, Sanduhrmagen) mit und ohne Gastrektasie und Gastroptose. Von allen Operationen ist die Gastroenterostomie die wirksamste, weil sie, am tiefsten Punkte des Magens angelegt, den besten Abfluß schafft, die Reizung des Geschwürs durch den stagnierenden Inhalt beseitigt und den Pylorus entlastet. K. spricht sich dabei gegen die Anwendung des Murphyknopfes aus wegen der großen Gefahren, wenn er in den zu Geschwürsbildung neigenden Magen fällt. Bei Gastroptose hat die Gastropexie nach Duret und Rovsing nur Nutzen, wenn keine Magenerweiterung be-

steht; im letzteren Falle ist stets noch eine Gastroenterostomie hinzuzufügen.

Gutzeit (Neidenburg).

6) Della Vedova. Über die Möglichkeit, das Magengeschwür durch Läsionen der Magennerven hervorzurufen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 3.)

7) Donati. Über die Pathogenese des Ulcus ventriculi.

(Ibid.)

Kurze Polemik beider Autoren im Anschluß an den Aufsatz Donati's im Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXXIII Hft. 4, referiert in diesem Blatte 1904 p. 346.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

8) Sheldon. The surgical treatment of chronic dyspepsia due to defective drainage and chronic inflammation of the stomach resulting from gastric atony and dilatation.

(Annals of surgery 1905. Nr. 1.)

Ermüdung des Magenmuskels ruft gastrische Atonie, Erweiterung des Magens und chronische Entzündung der Magenschleimhaut bei längerem Bestehen hervor. Die dadurch bedingte chronische Dyspepsie ist gekennzeichnet durch Anämie und Neurasthenie, sowie durch chronische Obstipation. Gelingt es nicht sehr bald, die Erscheinungen auf medikamentösem und diätetischem Wege zu beseitigen, so wird die Gastroenterostomie nötig. Die Fälle von Verengerung des Pylorus sind in dem von S. geschilderten Krankheitsbilde nicht mit einbegriffen. Drei mit Erfolg operierte Fälle werden beschrieben.

Herhold (Altona).

9) Krogius. Ein Wort für die radikale operative Behandlung des chronischen Magengeschwürs.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 4.)

K. konstatiert, daß sich die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs von einer direkten Inangriffnahme des Leidens selbst abgewandt und auf die Vornahme palliativer Operationen gerichtet habe, als welche man doch die Gastroenterostomie und die Pyloroplastik anzusehen habe. Indes seien diese Methoden durchaus unzureichend; denn es kommen Fälle vor, die an Blutung und Perforation bald nach dem chirurgischen Eingriffe zugrunde gehen. Verf. selbst erlebte im Verlauf eines Jahres viermal solche Fälle, bei denen nach den heute allgemein anerkannten Indikationen nichts anderes als Anlegung einer Fistel in Frage gekommen wäre. Dazu kommt noch, daß bei einer gewissen Zahl Gastroenterostomierter nach kurzer Zeit wieder die alten Geschwürsbeschwerden auftreten, und daß peptische Geschwüre des Jejunum immer häufiger beobachtet werden. In K.'s Klinik wurden 13 Fälle von Magengeschwür mit Resektion behandelt. Von diesen radikal behandelten Pat. starben zwar an dem Eingriffe selbst einige Prozent mehr als nach palliativen Operationen; aber die Sterblichkeit

im weiteren Verlauf ist nach der Gastroenterostomie und Pyloroplastik infolge der weiter durch die verbleibenden Geschwüre bedingten Komplikationen eine höhere. Verf. glaubt, daß die Gefahr, welche die Zurücklassung eines offenen chronischen Magengeschwürs in sich birgt, in vielen Fällen die etwas erhöhte operative Gefahr der Resektion reichlich aufwiegt. Er wird deswegen in Zukunft dort, wo keine zu großen Schwierigkeiten vorhanden sind, die Exzision des Geschwürs vornehmen. Vor allem gilt das für die nicht stenosierenden offenen Magengeschwüre, während bei abgeheilten stenosierenden Geschwüren das einfachere Verfahren am Platze sein dürfte. Bei profusen Blutungen ist K. der Ansicht, daß es besser ist, einen Eingriff zu wagen, als untätig den tödlichen Ausgang abzuwarten. Ebenso sollte eine überstandene ausgedehnte Blutung in gleicher Weise, wie bei häufigeren kleinen Blutungen, den Gedanken nahe legen, im Intervall radikal das Magengeschwür zur Verhütung weiterer Unannehmlichkeiten zu exstirpieren.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

10) **E. Leser.** Zur Behandlung des Karzinoms des Magens und Darmes.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 6.)

Seitdem die große Widerstandskraft des Bauchfelles erkannt ist, muß die Laparotomie als ungefährliche Operation angesehen werden. An ihren Folgen an sich hat Verf. noch keinen Kranken verloren. Da andererseits die ersten Zeichen sowohl der Magen- wie Darmgeschwülste ganz unbestimmter Art sind, so darf dabei nicht abgewartet, sondern der Chirurg muß frühzeitig zugezogen werden. Die Sterblichkeit der Magenresektion beläuft sich auf 10—15%, die der Darmresektion auf 10%, denen 40% Dauerheilungen gegenüberstehen. Sehr groß ist die Gefahr der postoperativen Pneumonie. Verf. sieht in der von Kocher vorgeschlagenen Einhüllung der vorgelagerten Darmteile in feuchte Gazetücher und in der häufigen Bespülung einen Anlaß zur Abkühlung durch Verdunstung und packt deshalb die Eingeweide nur in trockene warme Gazestücke.

Georg Schmidt (Berlin).

---

11) **De Beule.** Le cercle vicieux et le reflex dans les procédés simplex de la gastroenterostomie (procédé antérieur de Wölfler et postérieur de v. Hacker), avec un moyen facile et pratique de les prévenir.

(Bull. de l'acad. roy. de méd. de Belgique 1904. Nr. 8.)

Verf. schildert in obiger Arbeit die vier Möglichkeiten falscher Fortbewegung des Magen-Darminhaltes, nämlich 1) Der Magen gibt seinen Inhalt nach aufwärts, gegen den Pylorus ab. 2) Der Duodenalinhalt nebst Galle und Pankreassaft fließen statt in die abführende Schlinge in den Magen durch die Anastomose. 3) Dieselben fließen durch den Pylorus in den Magen. 4) Die abführenden Darm-

schlingen machen Antiperistaltik und bringen ihren Inhalt in den Magen. Die zahlreichen Verfahren, um diese Übelstände zu beseitigen, werden besprochen. Verf. hat nun den Murphy'schen Knopf so verändert, daß er nach Art unserer Wasserhähne gebogen verläuft mit einer Krümmung von 90°. Das eine Ende wird im Magen, das andere in der abführenden Schlinge befestigt; neben letzterer kann dann die zuführende Schlinge noch in vertikaler Suspension am Magen befestigt werden. So ist Spornbildung nicht zu befürchten, und dem Magen- und Darminhalt ist sein Weg vorgeschrieben. Die Arbeit gewinnt sehr an Wert durch die kritische Besprechung der einschlägischen Literatur. Verf. hat seine Methode an der Leiche studiert. Aber im Anhang zu derselben betitelt »Annexe au travail du docteur Fritz de Beule sur la gastro-entérostomie« werden schon zwei Fälle von Debaisieux mitgeteilt, in denen der neue Knopf sich bewährte bei Operationen am Lebenden; der eine starb an Sepsis, aber ohne Schuld des Knopfes; der andere heilte.

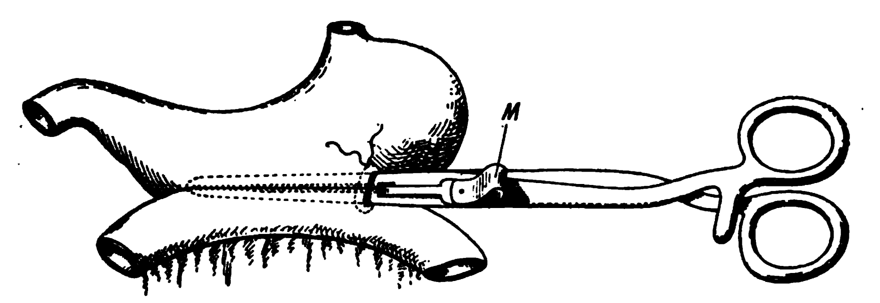
E. Fischer (Straßburg i. E.).

---

12) **A. Gilbert.** A method of gastrointestinal anastomosis.

(New York med. record 1904. Dezember 10.)

Verf. beschreibt eine nach Art eines Péans konstruierte Anastomosenzange. Je eine Branche wird durch eine kleine Öffnung in die zu anastomosierenden Organe eingeführt, das Instrument geschlossen,



entsprechende Nähte angelegt und dann die Zwischenwand durch ein besonders kleines Messer (s. Figur *M*), welches durch einen kleinen Kanal von außen zwischen die Branchen hinein gestoßen werden kann, getrennt.

Loewenhardt (Breslau).

---

13) **Corner** and **Sargent.** Volvulus of the caecum.

(Annals of surgery 1905. Nr. 1.)

Verff. operierten fünf Fälle von Volvulus des Blinddarmes, die sämtlich trotz der Operation mit dem Tode endigten. Aus der Literatur vermochten sie 75 Fälle zusammenzustellen, nach denen die Affektion dreimal so häufig bei Männern als bei Frauen vorzukommen scheint. Es gibt akute, subakute und chronische Formen, die totale Sterblichkeit beträgt 66%, die der Operierten 52,5%. Der verdrehte

Blinddarm kann an allen Stellen des Bauches gelagert sein, meistens liegt er aber im linken Hypochondrium. Es kann der Volvulus bedingt sein durch eine zirkuläre Rotation um einen festen Punkt, zweitens durch eine elliptische Rotation um zwei feste Punkte, endlich durch eine axiale Rotation um die longitutinale Achse. Die Symptome bestehen in Verstopfung, die sich schließlich zum völligen Verschluß steigert. Dieses Symptom kann sich über Tage, Wochen, Monate und Jahre — in letzterem Falle bei angeborener Anlage — hinziehen. Als weitere Krankheitszeichen kommen später hinzu: Leibschmerzen und Erbrechen, starke Auftreibung des Bauches. **Herhold** (Altona).

---

14) **S. v. Blumenfeld** (Dorpat). Der augenblickliche Stand der Untersuchungen über das S romanum.

Inaug.-Diss., Dorpat, 1903.

Anatomischer Teil der 2. Auflage der Anatomie und Klinik des S romanum (cf. Arbeiten der Klinik, I, 1896). Zwischen kurzen und langen Flexuren zu scheiden zwingen die Tatsachen, trotzdem die Häufigkeit beider zahlenmäßig augenblicklich sich noch nicht ausdrücken läßt, und ebenso berechtigt und »normal« wie die kurze und lange ist die enge und weite, nicht selten sackartig weite Flexur, sodann deren Verdoppelung, welch letztere aber mit den labyrinthartigen Schlängelungen des Dickdarmes nichts zu tun hat (Hft. 5 der Arbeiten). Das S romanum erscheint vielmehr als letzte, mit ihren Fußpunkten an die Darmschaufel oder das kleine Becken gebundene Dickdarmflexur, indessen man gut tut, Schlängelungen und Schlingen des Dickdarmes jene zu nennen, welche mit ihren Fußpunkten oberhalb der Crista anhaften. Auch ihrer klinischen Bedeutung wegen werden die so sehr wechselnden topographischen Beziehungen dieses Formenreichtums besprochen. Äußerst selten erscheint allein das S romanum auf die rechte Darmschaufel transponiert, und als durchaus »normale«, auf krankhafte Vorgänge zunächst nicht zurückzubeziehende Vorkommnisse haben auch seine Inflexionen, Überkreuzungen und spiralen Drehungen zu gelten. In einer nicht klein anzuschlagenden Quote bestehen diese Varianten, ohne irgendwelche Störungen hervorzurufen, woraus für die Klinik und Theorie gleich wichtige Gesichtspunkte sich ergeben, welche übrigens selbst im Falle der Durchflechtung des S romanum mit dem Dünndarme gelten. Auch letztere stammt aus der Entwicklungsperiode; der Versuch, sie als späte Erwerbung mechanisch abzuleiten, (Langenbeck's Archiv 1903 Bd. LXIX) wird zurückgewiesen. Mit dem Querschnitte wechselt die Wanddicke der gesunden Flexur, und dasselbe gilt von der Oberflächenkontur, gelegentlich dessen die seitenständigen Divertikel des Dickdarmes, den Büchern entgegen ebenfalls angeborene Dinge, besprochen werden. Endlich ist durchaus notwendig, angeborene, durch keinerlei Infektion bedingte Narben, Bänder und seitenständige Verwachsungen des S romanum von den gleichen Produkten zu unterscheiden, welche während des späteren Lebens auf

Grund der Infektion sich ausbilden. Bezeichnend für die Frage, wie das S romanum bewertet werden muß, ist die Tatsache seines Fehlens und seines Ersatzes durch ein Colorectum medianum oder die bisweilen riesengroße Kloake. Allein diese beiden Vorkommnisse beweisen daß auch für das Ende des Dickdarmes, genau wie für dessen Anfang und den Darm überhaupt, tierische Vorbilder in Frage kommen, und daß das Ende des menschlichen Dickdarmes nicht jedesmal im Bilde jener der Anthropoiden sich entwickelt. Vielmals ahmt der Mensch auch andere Mammalien, selbst Prämammalien nach, was, außer der Kloake und dem Kolorektum ebensowohl die lange, wie die kurze, die enge, wie die weite, die nicht gedrehte wie die spirale Flexur erhärten. Es ist nicht schön, solche Differenzen auf Kotstauung, Blähung u. a. zu beziehen, und hat man bei Tieren ein spirales S romanum nicht gefunden, so beweist das nur, daß man nach ihm nicht suchte. Es existiert ebenso sicher, wie am Tiere spirale Drehungen des Caecascendens der Prosimirrschlinge, der Flexura lienalis und des Dünndarmgekröses wohlbeglaubigte Erscheinungen sind. Verf. verwahrt sich dagegen, als verwirre er das einheitliche Bild, welches die Bücher über das S romanum entworfen, durch Einbeziehung krankhafter Zustände; er berücksichtigt nur »normale« Verhältnisse, glaubt also fordern zu dürfen, daß die anatomische Darstellung des S romanum von weiteren Gesichtspunkten als bisher ausgehe.

Zum Vergleich: Samson v. Himmelstiern, Inaug.-Diss., Dorpat, 1903; Shober, Americ. journ. of the med. sciences 1898; Duhamel (Madelung), Inaug.-Diss., Straßburg, 1899; Baer, Zentralblatt für die Grenzgeb. der Medizin u. Chirurgie Bd. VI Nr. 15 1903.

(Selbstbericht.)

---

15) **B. Bilfinger.** Über plastische Operationen bei Schlußunfähigkeit des Musculus sphincter ani. Nebst Mitteilung eines nach neuer Methode geheilten Falles.

Inaug.-Diss., Kiel, 1903.

Die neue Methode, die bei einer 48jährigen wegen Mastdarmvorfall schon öfters operierten und an Inkontinenz leidenden Dame angewendet wurde, bestand darin, daß Helferich von einem halbmondförmigen Schnitt an der hinteren Seite des Afters aus den Sphincter ani freilegte und in der hinteren Medianlinie durchtrennte. Dann wurde das eine von diesen so entstandenen Muskelstücken an der Schleimhautseite, das andere an der Hautseite etwas freipräpariert, so daß sie übereinandergeschlagen werden konnten. In dieser Lage wurden sie durch Nähte befestigt. Das umgebende Gewebe und die Haut wurden in der Medianlinie durch Nähte geschlossen. Durch diese Operation wurde der Umfang des Sphinkter um etwa ein Viertel verkleinert, die Muskelsubstanz geschont, und schließlich wurde eine stärkere Unterstützung für den untersten horizontalen Mastdarmteil geschaffen, also den Teil der Darmwand, auf dem auch in gewöhn-

lichen Verhältnissen beim Stehen die Kotsäule ruht. In einem zweiten Falle von Inkontinenz infolge Mastdarmfisteloperation, einen 42jährigen Arbeiter betreffend, bei dem bei der gleichen Operation zu einer Plastik ausreichende Reste des Sphinkter nicht mehr gefunden wurden, wurde lediglich durch die Vernähung in der Längsrichtung eine Besserung in dem Zustande erreicht, insofern jetzt der Kranke mit einer von der Steißbeinspitze her die Afteröffnung verschließenden Gummipelotte festen Stuhl halten konnte.

Schon durch die Möglichkeit, von hinten her eine festere Unterstützung zu schaffen auch ohne Beteiligung der Muskulatur, übertrifft diese neue Helferich'sche Methode die von Kehrer, die ja auch durch Verdoppelung der Muskulatur in der hinteren Medianlinie eine bessere Funktion erstrebte.

In Fall I wurde vor und nach der Operation noch Massage nach Thure-Brandt angewendet. Der Erfolg war ein vollkommener.

E. Moser (Zittau).

---

16) **Rammstedt.** Über Leberzerreißungen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 4.)

R. bespricht den Symptomenkomplex der Leberzerreißungen, die Schwierigkeit der Diagnosestellung und die Bestimmung des Zeitpunktes der Operation. Die letztere ist indiziert, wenn das schwere Krankheitsbild sich nicht rasch ändert und dadurch darauf hinweist, daß nicht bloßer Chok, sondern eine Blutung oder Darmruptur vorhanden ist. Verf. hat selbst zwei Fälle von Leberruptur beobachtet, die genauer geschildert sind. Beide haben tödlich geendet. Was die Methode der Blutstillung anbelangt, so kann man bei gut erreichbarer Rißstelle und bei nicht zu gewaltiger Blutung die Naht anwenden. Bei umfangreichen Wunden kommt man leichter mit der Tamponade zum Ziel; ebenso in Fällen von schwer zugänglichem Leberriß. Die Prognose der Leberverletzungen ist auch heute noch eine sehr ernste.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

17) **T. W. Harvey.** Infections of the gall-bladder.

(New York med. record 1905. Januar 14.)

Beim Kulturmenschen ist wegen der häufigen Mahlzeiten die Gallenblase als Reservoir für die überschüssige Galle überflüssig. Sie kann daher in geeigneten Fällen möglichst frühzeitig entfernt werden.

Loewenhardt (Breslau).

---

18) **H. F. Brownlee.** A question in gall-bladder surgery. Cholecystotomie or Cholecystectomy?

(New York med. record 1904. Dezember 10.)

Auf Grund klinischer Beobachtungen hält B. die Gallenblase doch für einen sehr wichtigen Druckregulator für die Leberfunktionen, hält es auch für wahrscheinlich, daß die Steinrezidive in der Gallenblase nicht häufiger sind als solche im Ductus communis, nachdem die Blase

entfernt ist. Verf. glaubt, daß auch die Infektion der Leber mit der Entfernung des Organes erleichtert werde. So sei die Cholecystektomie doch schließlich eine Lebensverkürzung für den Pat.

Loewenhardt (Breslau).

Kleinere Mitteilungen.

19) W. J. Mayo. The association of surgical lesions in the upper abdomen.

(New York med. record 1904. Juni 11.)

Wiedergabe eines einleitenden Vortrages, welcher auf der 55. Jahresversammlung der amerikanischen medizinischen Gesellschaft gehalten wurde und allgemeine Gesichtspunkte über den heutigen Stand der Chirurgie des oberen Bauches enthält.

Das außerordentlich große operative Material, welches, wie Verf. nur beiläufig erwähnt, 811 Gallenblasenoperationen, 45 Duodenalgeschwüre, 469 Eingriffe am Magen, 32 desgleichen am Pankreas betrifft, verleiht den Worten M.'s einen besonders effektvollen Hintergrund. **Loewenhardt** (Breslau).

20) H. Grisson. Die operative Behandlung des Stauungsascites durch Herstellung eines Kollateralkreislaufes.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 358.)

Am 28. November 1899 operierte G. eine Frau mit Lebercirrhose und Ascites nach Talma, welche völlig genas, indes genau 2 Jahre später an akuter Nephritis starb. Der Vergleich der Details der Operationstechnik mit den genauen Sektionsbefunden ist von praktischem Interesse. G. hatte bei der Operation das Parietalperitoneum ausgedehnt von den Bauchmuskeln abgelöst und das Netz in dem Präperitonealraum fixiert, wobei das Colon transversum in der Tiefe der Bauchhöhle verblieb. Eine ausgiebige Bearbeitung des Parietalperitoneum außerdem sollte zu Verklebungen Veranlassung geben. Die gute Ausbildung des Kollateralkreislaufes zeigte sich bei der Pat. durch starke neugebildete subkutane Venen in der Nähe der Bauchnarbe. Bei der Sektion fand sich unter der Haut an der Narbe ein Konvolut ausgedehnter Venen, ähnlich einem Kavernom. Vom unteren Rande des Colon verlaufen zahlreiche Stränge, welche bis gänsefederkieldicke Venen enthalten, in einer Länge von 15—20 cm frei durch die Bauchhöhle nach der Laparotomienarbe ziehend, von dem Fette des Netzes, um dessen Gefäße es sich handelt, ist fast nichts mehr vorhanden. Vom Dünndarm ist nur eine Schlinge mit der Bauchwand verwachsen. Ven. lienalis und azygos stark erweitert. Die cirrhotische Leber breit mit dem Zwerchfelle verwachsen; zahlreiche starke Venen in diesen Verwachsungen.

Um die Bildung der langen venenhaltigen Stränge, die leicht zu Darmeinklemmung führen können, zu vermeiden, rät G., bei diesen Operationen das Querkolon an die Bauchwand zu nähen. Die Behandlung des Parietalperitoneum mit dem scharfen Löffel hat sich in G.'s Fall als ein zur Erzeugung von Verwachsungen unzuverlässiges Mittel erwiesen. In zwei anderen Fällen hatte G. mit der Talma'schen Operation keinen Erfolg. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

21) P. Bonheim. Heilungsresultate bei Peritonitis diffusa im Anschluß an akut in die Bauchhöhle perforiertes Magen- oder Duodenalulcus.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 389.)

B. berichtet über die höchst erfreulichen Resultate, welche Wiesinger im allgemeinen Krankenhause zu Hamburg-St. Georg bei perforierten Magen- oder Duodenalgeschwüren mittels Laparotomien erzielt hat. Das großartige Material, dessen sich die Hamburger Staatskrankenhäuser erfreuen, und das auch bei diesem Bericht erkenntlich wird, lieferte seit dem Jahre 1899 nicht weniger als 16 Fälle

in die Wiesinger'sche Abteilung, wo sie grundsätzlich tunlichst bald, gleichviel in welchem Zeitstadium und ob in gutem oder schlechtem Zustand, ausnahmslos operiert wurden. 7 Kranke starben, 9 (also über 50%) sind geheilt. Unverkennbar wurden mit zunehmender Erfahrung und Technik in späterer Zeit die Resultate besser, und wurde die ganze letzte Serie von 5 Fällen hintereinander durchgebracht! Wiesinger glaubt seine Erfolge wesentlich der systematischen intravenösen Salzwasserzufuhr in kolossalen Mengen während der Nachbehandlung zu verdanken. Die Peritonitis bewirkt durch entzündliche Gefäßerweiterung der Mesenterial- und Peritonealgefäße eine Art innerer Verblutung mit kleinem Puls und unzulänglicher Füllung der Herzhöhlen, so daß das Herz leer und erfolglos pumpen muß. Dieser Mangel wird durch die Zufuhr der Ersatzflüssigkeit in den Kreislauf wirksam beseitigt. Dieselbe wird solange jedesmal inkorporiert, bis sich die Halsvenen deutlich füllen und bis wachende Pat. sich »zum Platzen voll« fühlen, eine Empfindung, deren Eintritt sie sehr genau wahrnehmen. In Fall 9 z. B. hat Pat. in 4 Tagen 17 Liter Salzwasser intravenös erhalten, nachdem schon während der Operation 3000 ccm davon zugeführt waren. In letzter Zeit wurde übrigens der Kochsalzlösung die Ringer'sche Lösung zur Infusion vorgezogen. Auch bei der Operation selbst, für deren Ausführung die allgemein übliche Technik gebraucht wird, wird nach Abtupfung der größeren Fibringerinnsel von den Därmen die Bauchhöhle mit großen Strömen warmer Kochsalzlösung ausgespült, wovon, auch wenn sämtliche Därme ausgepackt waren, ein Nachteil nie gesehen wurde. Das Auffinden des Perforationsloches ist oft sehr schwer und glückt erst, nachdem Verklebungen zwischen Magen und Leber gelöst sind und der Magen stark vorgezogen ist. Die Perforation wurde stets durch sero-seröse Nähte geschlossen — wenn nötig unter Einstülpung des Geschwüres und Herbeiziehung gesunder Serosa aus der Umgebung, sowie Auflegung von Netz. Geschwürsexzision ist nie gemacht. Auf die Nahtstelle wurde ein großer Tampon gelegt, im übrigen die Bauchwunde durch Etagennaht geschlossen.

Unter den Wiesinger'schen 16 Fällen befinden sich 12 Männer und 4 Frauen, 10 kommen auf Magen-, 6 (sämtlich Männer) auf Duodenalgeschwüre. Die Resultate beim Magengeschwüre (8 Heilungen) sind erheblich besser als beim Duodenalgeschwüre (nur 1 Heilung). Die Diagnose der Geschwürsperforation ist wegen der höchst charakteristischen Schmerzerscheinungen in Verbindung mit den für Geschwür sprechenden anamnestischen Angaben leicht, ja fast kaum verfehlbar, und mit der Diagnose ist auch die sofortige Operationsanzeige gegeben. Prognose und Erfolg richten sich wesentlich nach dem Zeitpunkte der Operation — schon nach dem 1. Tage sind die Aussichten meist schlecht; freilich sind von Wiesinger auch 3 Pat., die 26 und 48 Stunden sowie 4 Tage nach der Perforation operiert sind, noch durchgebracht. Genesungen ohne Operation gehören zu den größten Seltenheiten. Auch einen derartigen Fall aber hat Wiesinger beobachtet. Die betreffende 40jährige Pat. hatte die alsbaldige Operation nach Diagnosenstellung auf Geschwürsperforation abgelehnt. 6 Wochen später kam sie wieder zur Behandlung mit einem mächtigen lufthaltigen, von Därmen abgekapselten, jauchigen Bauchhöhlenabszeß, dessen Inzision zur Heilung führte.

Der lehrreichste Teil der Arbeit sind die Krankengeschichten, deren Lesbarkeit Dank ihrer möglichst knappen Haltung eine recht angenehme ist.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

22) **Musser** and **Keen.** Perforating gastric ulcer; posterior gastroenterostomy; Fowler's position.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1904. März 12.)

Der Fall ist deshalb bemerkenswert, weil die Pat. bereits 70 Jahre alt war und durch die Operation geheilt wurde. Sonst lagen die Verhältnisse besonders günstig: Hyperchlorhydrie; außer etwas Eiweißwasser nichts im Magen; Operation $5^1/_2$ Stunden nach der Perforation. Perforation auf der Vorderfläche des Pylorus. Unter »Fowler's Position« ist die Erhöhung des Bettes am Kopfende verstanden.

W. v. Brunn (Rostock).

23) **D. G. Zesas.** Über die Resultate der chirurgischen Therapie der typhösen Perforationsperitonitis.

(Wiener Klinik 1904. November.)

Als chirurgische Komplikationen des Unterleibstyphus wurden beobachtet: eitrige Gelenkentzündungen, Osteomyelitis und Periostitis, Muskel- und Drüsenabszesse und Perforationsperitonitis. Wennschon die meisten Eingriffe bei der letzteren ungünstig verlaufen, so sind die Aussichten bei der Operation doch noch besser, als jede andere Therapie. Der Sitz der Darmperforation ist am häufigsten 20—50 cm über der Bauhin'schen Klappe. Durch Fortkriechen des septischen Stoffes auf den Lymphwegen durch die Darmwand kann auch eitrige Peritonitis ohne Perforation bei Typhus vorkommen; sie ist jedoch im Verhältnis zur Perforationsperitonitis sehr selten. Verf.s Statistik von 255 Fällen aus der internationalen Literatur umfaßt angeblich nur solche Fälle, bei denen die Diagnose Typhus abdominalis außer Zweifel stand. Es sind zu verzeichnen 95 Heilungen. Betroffen waren 148 Männer und 46 Frauen, bei dem Reste fehlt die Geschlechtsangabe. Das Alter zwischen 10 und 20 Jahren bot die besten Heilungsaussichten. Der Sitz der Perforation bei 76 Fällen war 64mal das Ileum, 2mal das Meckel'sche Divertikel, 6mal der Wurmfortsatz, 4mal der Dickdarm. Die Therapie bestand 142mal in Naht des Geschwüres (53 Heilungen), 20mal in Darmresektion (8 Heilungen); einmal wurde die perforierte Darmschlinge in die Bauchwunde eingenäht. Die Operationen in den ersten 24 Stunden ergaben die besten Resultate. In allen Fällen wurde die Bauchhöhle drainiert.

Die Statistik beweist, daß die Resultate bei weitem nicht so schlecht sind, als man im allgemeinen zu glauben geneigt ist. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

24) **Ochsner.** A review of the histories of 1000 consecutive cases of appendicitis operated on at the Augustana hospital during the 33 months from July 1, 1901, to April 1, 1904.

(Tri-state society [Alabama, Georgia and Tenessee] Chattanooga 1904. Oktober 14.)

1000 Operationen wegen Appendicitis hat O. in weniger als 3 Jahren ausgeführt. Er hat bei der von ihm befolgten Indikationsstellung vorzügliche Erfolge erzielt und seine Erfahrungen in knapper, präziser Form vorgetragen.

Er ist im modernen Sinn ausgesprochener Anhänger der Frühoperation. Er legt den größten Wert darauf, daß in Fällen von akuter Appendicitis nicht das geringste durch den Mund verabreicht wird und keine großen Einläufe gegeben werden, um jede Anregung der Peristaltik zu vermeiden. Fälle von chronischer, rekurrierender Appendicitis und solche akute Fälle, die nicht früh genug in Behandlung treten, werden im Intervall operiert. Dabei bindet O. sich nicht an eine gewisse Zahl von Stunden nach Beginn des Anfalles, sondern richtet sich nach dem klinischen Befund. Auf die Zählung der Leukocyten scheint er kein Gewicht zu legen, er erwähnt sie gar nicht.

Sieht er sich bei akuten Fällen, die nicht mehr im Stadium der Frühoperation sich befinden, wegen Abszesses usw. zum Eingriffe gezwungen, so nimmt er den Wurmfortsatz nur dann fort, wenn er es ohne Erhöhung der Gefahr tun kann, und entfernt ihn später im Intervalle. Bei Erbrechen und Meteorismus wendet er regelmäßig Magenspülung an.

Die Resultate sind folgende:

Unter 540 Fällen von chronischer Appendicitis (Intervalloperation) 3 Todesfälle = 0,5%.

255 Fälle von akuter Appendicitis ohne Perforation mit 5 Todesfällen = 1,9%.

55 Fälle von akuter Appendicitis mit Perforation oder Gangrän, ohne Abszeß, ohne Todesfall = 0%.

117 Fälle von akuter Appendicitis mit Perforation und Abszeß, mit 4 Todesfällen = 3,4%.

33 Fälle von akuter Appendicitis mit diffuser Peritonitis, 10 Todesfälle = 30%.

Im ganzen 1000 Fälle mit 22 Todesfällen = 2,2% Gesamtsterblichkeit.

Diese 1000 Fälle bilden eine ununterbrochene Beobachtungsreihe, auch die moribund eingelieferten sind mitgerechnet.

Die Todesfälle werden weiterhin ausführlich operiert. Dabei zeigt sich, daß viele von ihnen entweder an Komplikationen gelitten hatten, welche den Tod mit verursachten, oder bereits vor der Einlieferung in unrichtiger Weise behandelt worden waren. **W. v. Brunn** (Rostock).

25) Hildebrandt. Über komplizierende Nephritis bei Perityphlitis.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1 u. 2.)

Angeregt durch eine Arbeit von Dieulafoy, welcher eine Néphrite toxique appendiculaire, eine Albuminurie appendiculaire konstruierte, gibt H. aus der Bäumler'schen Klinik einen Fall von Appendicitis, der mit einer so schweren akuten, hämorrhagischen Nephritis kompliziert war, daß im Anfange das ganze Krankheitsbild davon beherrscht war. Während diese Nephritis im Abklingen begriffen war, bildete sich ein appendicitischer Abszeß; am Tage nach dessen Eröffnung erfolgte eine erhebliche Steigerung der nephritischen Erscheinungen, ebenso später, als der Wurmfortsatz exstirpiert wurde. Eine Frühoperation war durch die Schwere der Nephritis kontraindiziert, und einige Fälle aus der Literatur zeigen, daß bei bestehender Nephritis die Operation tödlich gewesen ist. Die Nephritis stellt demnach eine ernste Komplikation der Appendicitis dar, welche eine spezielle Indikationsstellung verlangt, wenn operative Eingriffe in Frage kommen.

Haeckel (Stettin).

26) Brehm. Abnormitäten und Komplikationen der Appendicitis.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1904. Nr. 48.)

B. bespricht an der Hand des Materiales A. v. Bergmann's die Schwierigkeit der Differentialdiagnose der Appendicitis und eine Reihe von Komplikationen derselben. Am meisten interessiert die Mitteilung, daß A. v. Bergmann seinen früheren Standpunkt verlassen hat und ins Lager der Frühoperation übergegangen ist. Er operiert jetzt prinzipiell jeden Kranken, der innerhalb der ersten 48 Stunden eines Anfalles in die Hand des Chirurgen kommt. Nach dem 2. Tage wird nur auf besondere Indikationen hin operiert, da das Operieren in frischen Verklebungen schwierig ist; sonst läßt man den Anfall ruhig abklingen und operiert im Intervall. Unter 206 Fällen fanden sich 8 Frühoperationen, darunter 3 mit Peritonitis; alle genasen. Liegt Peritonititis vor, so ist der Kranke vom 3. Tag ab fast immer verloren, man mag operieren oder nicht. Die Gesamtmortalität aller 206 Appendicitisfälle inkl. der im Intervall operierten betrug 9,2%. **Haeckel** (Stettin).

27) H. Roth. Conditions simulating and mistaken for acute appendicitis.

(New York med. record 1904. Oktober 29.)

Die gewöhnliche Symptomenreihe bei akuter Appendicitis: plötzliche Schmerzempfindlichkeit, Übelkeit, Erbrechen, Puls- und Temperatursteigerung usw., kann differentialdiagnostisch auch von den verschiedensten anderen pathologischen Zuständen bei Fällen, welche den »unteren rechten Quadranten« des Abdomens betreffen, herrühren. Dies wird in sehr instruktiver Weise von R. an neun Krankengeschichten illustriert. Operationen waren aber auch hier stets sofort erforderlich. Die Fälle betrafen Cholecystitis, Hydronephrose, Ileocoecalintussusception, entzündliche Prozesse der uterinen Adnexe, eine gangränöse Ovariencyste, properitoneale Abszesse und einmal sogar eine Pneumonie, worüber in der Literatur schon berichtet wurde. Der Bauchschmerz in letzterem Falle ist auf die Reflexwirkung der unteren Interkostalnerven zu beziehen. **Loewenhardt** (Breslau).

28) **L. J. Mitchell.** A series of foreign bodies in the vermiform appendix mit with in 1600 necropsies.

(New York med. record 1904. Dezember.)

M. zählt 18 zufällige Sektionsbefunde von Fremdkörpern im Wurmfortsatz auf, die keine früheren oder akute Entzündungserscheinungen hervorgerufen hatten (Weinbeerenkerne, metallische Gegenstände, Schrotkugeln, Hülsen, Nägel, Knochenstücke usw.).

Die Verwechslung mit Kotsteinen wird betont und auf die Überschätzung derartiger Befunde für etwaige Appendicitis hingewiesen.

Loewenhardt (Breslau).

29) **Wörner.** Bruchband ohne Feder.

(Ärztliche Polytechnik 1904. Oktober.)

Obige Bandage besteht aus einem nach dem Körper gebogenen Stahlbügel, an dessen Enden Winkelstücke angesetzt sind. An letztere wird der um den Körper herumgehende Ledergürtel angehängt. Pelotten von Zelluloid sind in dem Stahlbügel verschiebbar eingelassen. Wenngleich dieses Band somit keine Feder nach Art der Camper'schen Bruchbänder enthält, so wird durch den Zug des Ledergürtels an den Winkelstücken ein hebelnder Druck auf den Stahlbügel und die Pelotte ausgeübt, so daß der Bruch zurückgehalten wird. Drei Abbildungen im Originale. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

30) **A. Martina.** Ein Beitrag zur Entstehung der periherniösen Phlegmone.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 281.)

Bei der von Nicoladoni als typisch proklamierten »periherniösen Phlegmone« soll es sich um einen Entzündungsprozeß handeln, welcher im subserösen Gewebe des Bruchsackes entsteht und nach außen, nach der Haut zu, fortschreitet, den Bruchsack aber unversehrt läßt. Der kasuistische Beitrag, den M. zu der Affektion liefert, betrifft einen an sich interessanten Fall, der aber diese typischen Eigentümlicheiten vermissen läßt. Es handelt sich um eine 52jährige Frau mit übermannskopfgroßem linksseitigen Leistenbruche, der wegen eintretender Schmerzen von einem Arzte mit Taxisversuchen unter Ätherspray erfolglos bearbeitet war. 4 Tage später, während derer der Darm durchgängig geblieben war, der Bruch aber sich entzündlich zu röten begonnen hatte, Spitalsaufnahme, und am nächsten Tage Inzision eines erheblichen Abszesses zwischen Bruchsack und Unterhautzellgewebe. Da in der Nacht Singultus, Brechen sowie vermehrte Leibschmerzen auftraten, mußte schleunigst der Bruch geöffnet werden. Er enthielt außer freien und gesunden Dünndarmschlingen den Blinddarm nebst unterstem Dünndarme, die mit dem Bruchsacke fest verwachsen, dunkelblau verfärbt und mehrfach brandig durchbrochen waren. Eine sehr ausgedehnte Darmresektion führte zur Heilung. M. interpretiert den Krankheitsverlauf durch die Annahme, daß die periherniöse Zellgewebsinfektion durch die ärztlichen Taxisversuche unter Ätherspray geschehen sei. Die wohl zu späte Ausführung der Abszeßinzision verschuldete ein Hereinkriechen des septischen Prozesses durch die Bruchsackwand in die mit letzterer verklebten Darmwände hinein. M. erklärt also die vorgefundenen Darmgeschwüre als von außen nach innen entstanden, als sekundäre, und hält die Möglichkeit, daß der Gewebszerfall primär am Darm entstanden sei, für ausgeschlossen. Dem Ref. erscheinen die Verhältnisse des in der früher Nicoladoni'schen Klinik zu Graz von Payr operierten Falles zu kompliziert, als daß diese Ansicht für stichhaltig beweisbar angesehen werden könnte. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

31) **Bainbridge.** Multiple herniae.

(Post-graduate 1905. Nr. 2.)

Sechs Brüche an ein und derselben Person, in einer Sitzung durch Operation erfolgreich beseitigt. Außer einer orangengroßen Hernia femoralis dextra bestand

eine Parumbilikalhernie von über Hühnereigröße, eine kleinere epigastrische, sowie drei unterhalb des Nabels gelegene Brüche in der Mittellinie. In der gleichen Narkose wurde ferner eine Ausschabung, die Ventrofixation des retroflektierten Uterus und die Entfernung des Wurmfortsatzes wegen chronischer Appendicitis vorgenommen.

Die Operation fand am 26. Mai 1904 statt, die Pat. wurde am am 16. Dezember als völlig geheilt vorgestellt. **W. v. Brunn** (Rostock).

32) P. Daiches. Endresultate der Radikaloperation von Hernien, speziell der Inguinalhernien.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 82.)

Eine neue statistische Mitteilung aus Kocher's Klinik, umfassend 204 freie Bruchoperationen aus der Zeit von September 1898 bis Januar 1900. Darunter finden sich 124 Pat. mit 139 äußeren Leistenhernien (der jüngste 17 Wochen, der älteste 72 Jahre alt). Kocher's Invaginationsverlagerung kam 96-, die alte Verlagerungsmethode ohne Kanalschnitt 53-, Operation mit Kanalschnitt 35-, Bauchhernienoperation 20mal zur Ausführung. Die Technik bestand in Dampfasepsis, Bromäthylnarkose, Sublimatseide, Handschuhen. Einfacher Kollodialverband, kein Drain. Fäden am 3. Tage entfernt, Spitalaufenthaltsdauer durchschnittlich nur 7 Tage!

Es kamen zwei Todesfälle vor (Peritonitis bezw. Lungenembolie), Mortalität mithin 0,98%. Sonst war der Wundverlauf stets störungsfrei. Die Endresultate sind durch briefliche Erkundigungen tunlichst festgestellt, und zwar bei 75 Leisten- und 15 Schenkelbrüchen, die mittels Invaginationsverlagerung operiert sind. Auf beide Bruchgruppen entfallen je 2 Rezidivfälle. Von 35 Fällen, die nach der alten Methode mit hoher Abtragung des Sackes und Kanalnaht operiert wurden, bekamen 5 (= 14,2%) Rezidive, von 35 nach Bassini Operierten 2 (= 5,7%). 18 Fälle der lateralen Verlagerungsmethode zeigten 2mal einen Rückfall. Indem D. die den gleichen Gegenstand behandelnden, schon früher aus der Kocher'schen Klinik publizierten Statistiken seiner eigenen hinzufügt, zählt er bei den Leistenbrüchen im ganzen 508 Fälle, die, mit lateraler Verlagerung operiert, 95,5% Dauerheilungen ergeben haben, und 173 Fälle, die, mit Invaginationsverlagerung behandelt, 97,7% Dauerheilungen hatten. Dieses Resultat wird von keinem Konkurrenzverfahren erreicht. Die 20 von D. zusammengestellten Bauchbrüche waren sämtlich rezidivfrei geblieben.

Der Arbeit sind die kurzen Auszüge der benutzten Krankengeschichten angefügt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

33) E. Slajmer. Zur Frage der Prognose und Anästhesie bei der Radikaloperation des freien Leistenbruches.

(Liečnički viestnik 1905. Nr. 2. [Kroatisch.])

Vom 1. Mai 1891 bis 1. September 1904 wurden 1252 freie Leistenbrüche (605 rechtsseitige, 385 linksseitige und 131 beidseitige) bei 1121 Pat. (1064 männlich, 57 weiblich) operiert. Nach dem Alter waren bis zu 1 Jahre 2, von 1—5 Jahren 138, von 5—10 Jahren 55, von 10—20 Jahren 273, von 20—30 Jahren 317, von 30—40 Jahren 176, von 40—50 Jahren 102, von 50—60 Jahren 41, von 60 bis 70 Jahren 13, von 70—80 Jahren 4. Von allen diesen Pat. ist nicht einer gestorben, weder infolge der Operation, noch an im Heilungsverlauf eintretenden Komplikationen. Nur ein 46jähriger Arbeiter, der nach per primam erfolgter Heilung seiner beidseitigen Hernie noch wegen eines Ohrenkatarrhs im Krankenhause verblieb, verstarb 1 Woche nach Heilung der Wunde an Gehirnapoplexie. Das ist auch der einzige Fall, wo man sich bei der Autopsie vom guten Verschluß des Peritonealsackes überzeugen konnte, da nicht eine Spur einer trichterförmigen Ausbuchtung vorhanden war.

Es wurde ausschließlich Wölfler's modifizierte Methode angewandt, wie sie S. in der Publikation der ersten 150 Fälle im Archiv für klinischen Chirurgie

Bd. LVI beschrieben hat. Seit 1898 hat Verf. die Naht des Rectus und seiner Scheide aufgegeben und führt regelmäßig die vollkommene Exstirpation des Bruchsackes aus; nur in den seltenen Fällen starker Verwachsungen läßt er nur kleine Teile zurück, doch die Partie um den Bruchsackhals entfernt er immer. Der Operationsvorgang war in den meisten Fällen folgender: Aufdeckung des äußeren Austrittes des Bruchsackes durch einen möglichst kurzen Hautschnitt, der den Leistenkanal nicht parallel, sondern mehr schräg trifft und der immer oberhalb des Poupart'schen Bandes endigt. Spaltung der Fascie des M. obliquus ext. in der Richtung des Hautschnittes. Präparation des Bruchsackes, Ablösung des Samenstranges, Hervorziehen und Unterbindung des Bruchsackes durch einen hindurchgezogenen Faden in gekreuztem Bunde. Verschluß des Leistenkanales durch Naht des M. obliquus int. an das Poupart'sche Band mit Silkwormnähten. Die Lappen der Fascie des Obliquus ext. werden kulissenartig übereinander gelagert, und zwar so, daß die mediale Lefze an der inneren Seite der lateralen, und zwar etwas oberhalb der Silkwormnähte, und die laterale an der äußeren Seite der medialen mit einigen Seidennähten befestigt wird. Besonders sorgfältig wird die unterste Naht angelegt, welche die untersten Ränder der äußeren Leistenöffnung verschließen soll. Ist das Unterhautzellgewebe stark entwickelt, so wird es in besonderer Schicht vernäht. Hautnaht mit fortlaufender Seiden- oder Silkwormnaht, in einzelnen Fällen Metallklemmen. Einfacher Kollodiumverband. Eine Verletzung des Vas deferens wurde in keinem Falle beobachtet; auch kam man nie mit der Blase in Konflikt.

Von den Komplikationen bei der Operation führt Verf. an: 12 Rezidivoperationen, 23 Hydrokelen (worin die Hydrokelen der Kinder unter 10 Jahren nicht eingerechnet sind), 6mal Kryptorchismus mit Kastration, 8mal Kryptorchismus mit Verlagerung des Hodens in Hodensack oder Bauchhöhle, 3mal Kastration wegen Geschwulst oder Tuberkulose, 33 größere Netzresektionen, 10 Wurmfortzoperationen (1 in einem linksseitigen Bruch), 2mal Tuberkulose des Bruchsackes und Bauchfelles. Postoperative Komplikationen: je 1mal Masern und Scharlach, 13 schwere Pneumonien (außerdem wurden aber regelmäßig, besonders im Herbst und Frühjahr 2—3tägige Fiebersteigerungen mit katarrhalischen und leichten pneumonischen Erscheinungen beobachtet), 1 Lungenembolie, 1 Magenblutung, 1 Darmblutung, 11mal Hämatom, 1mal seröse Ansammlung im Hodensack, die eine Punktion erheischte, 49mal Stichkanaleiterung, Abszeß und Nekrose der Fascie, 1 ausgesprochene Scrotalphlegmone unter den ersten Fällen, 1mal Nachgeben der Naht bei zu früh entfernten Fäden, 1mal Neurom des N. ileoinguinalis, das exstirpiert werden mußte, 1 postoperative Psychose bei einem 18jährigen Jüngling, die nach einigen Tagen verging. Die Pat., bei denen prima intentio eintrat, wurden gewöhnlich am 9. bis 10. Tag entlassen.

Verfasser konstatiert die Tatsache, daß eine große Reihe Radikaloperationen freier Leistenbrüche ohne Todesfall ausgeführt werden kann, und daß diese Operation als relativ ungefährlich den Kranken mit ruhigem Gewissen empfohlen werden kann.

In der Literatur fand S. nur eine ähnlich größere Statistik, die von Galeazzi, welche 1400 radikale Operationen freier Leistenbrüche mit 2 Todesfällen umfaßt. Lucas-Championnière zählt 863 freie Leistenbruchoperationen mit 5 Todesfällen, Pott berechnet aus einer komplizierten Statistik auf 1895 Radikaloperationen 16 Todesfälle.

In Verf.s Fällen wurde 907mal narkotisiert, 13mal lokale Kokainanästhesie und 201mal Medullaranästhesie mit Tropakokain nach Bier-Schwarz angewendet. Letztere Methode wurde 1901 einmal, 1902 schon 51mal, seit 1903 aber mit geringen Ausnahmen ausschließlich angewandt. Vom 31. August 1901 bis 1. September 1904 hat S. die Medullaranästhesie mit Tropakokain 666mal bei verschiedenen Operationen an der unteren Körperhälfte in Anwendung gezogen, ohne irgendwelche Nachteile zu beobachten. Der jüngste Pat. war 12, der älteste 80 Jahre alt. Die postoperativen Reaktionen, wie Schüttelfrost, Kopfschmerz, Kollapserscheinungen, konnten in letzter Zeit entweder ganz vermieden oder wenigstens

auf ein Minimum reduziert werden. Verf. macht den Ausspruch, daß er während der Zeit, wo er in der Chirurgie tätig ist, keine Entdeckung kennt, die ihn mehr befriedigt hätte, und bedauert, daß diese Methode nicht mehr angewendet wird. Von diesen 666 Medularanästhesien hatte Verf. 3 Mißerfolge, 77mal war sie nicht ideal, so daß 34mal mit Inhalationsanästhesie nachgeholfen werden mußte. Diese geringeren Erfolge wurden immer durch kleine technische Fehler bedingt. Bei Hernien verwendet Verf. 0,05—0,07 Tropakokain, und ist letzteres die Normaldosis.

v. Cačković (Agram).

34) P. Pfaehler. Zur Kasuistik der Littre'schen Hernie.

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 52.)

Die 35jährige Pat. hat im letzten Jahre an Erscheinungen gelitten, die auf eine Perityphlitis hinzuweisen scheinen. Tatsächlich aber hatte es sich um eine eingeklemmte Littre'sche Hernia cruralis dextra gehandelt, die zu Perforation und Infiltration über dem Poupart'schen Bande mit umschriebener Peritonitis geführt hatte. Bei der diesen Befund ergebenden Operation wurde in dem sehr verdickten und derben Bruchsacke, mit dem ein Darmstück verwachsen war, an der Stelle der Verwachsung eine deutlich umsäumte, nur durch die Bruchsackwand geschlossene Darmöffnung gefunden; das zuführende Ileum war stark erweitert, das abführende von normaler Ausdehnung. Heilung durch Einpflanzung des letzteren in das zuführende Stück nach Schluß der Fistel an letzterem mittels Enterotribe, Knotung und tabaksbeutelartiger Sero-Serosanaht. **Kramer** (Glogau).

35) Lucksch. Ein neuer Fall von echter, wahrscheinlich erworbener Zwerchfellshernie.

(Prager med. Wochenschrift 1904. Nr. 12.)

Verf. fand bei der Sektion eines 26jährigen Mannes, der tags vorher in der Klinik Wölfler's wegen Ileuserscheinungen laparotomiert ward, im sonst normal gebauten Zwerchfelle links, 1 cm nach außen und vorn vom Centrum tendineum, ein kreisrundes Loch von 2 cm Durchmesser. Durch dieses war die Flexura coli sinistra mitsamt dem großen Netz in die linke Pleurahöhle eingetreten, überzogen von einem am Rande des Loches inserierenden, aus Pleura und Peritoneum gebildetes Bruchsack. Der Bruch war wahrscheinlich durch Dehnung einer Narbe, die von einer $2^1/_2$ Jahre zurückliegenden Schußverletzung (Selbstmordversuch) herrührte, entstanden. **Gutzeit** (Neidenburg).

36) Ruge. Über primäre Magentuberkulose.

(Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. III. Hft. 3.)

Ein 50 Jahre alter Mann wurde im April 1903 in die medizinische Klinik zu Bonn aufgenommen wegen starker Magenbeschwerden, Schmerzen, Übelkeit, Durchfall. Er litt daran schon so lange er denken konnte. Da eine Geschwulst gefühlt wurde, Laparotomie am 27. April: starke Magendilatation, Stenose dicht vor dem Pylorus. Pyloroplastik beseitigte die Beschwerden, die aber allmählich wiederkehrten. Pat. starb im Juni 1904. Die klinische und auch die pathologisch-anatomische Sektionsdiagnose lautete: Karzinom des Magens mit ausgebreiteten Metastasen in Rippen, Lymphdrüsen, Bauchfell, Brustfell. Die mikroskopische Untersuchung ergab aber, daß alle diese Veränderungen tuberkulöser Natur waren; die Lungen waren frei von Tuberkulose. Alles sprach für den Ausgang vom Magen her; der Aufbau und die histologische Struktur der tuberkulösen Massen, die genau wie Perlsuchtknoten aussahen sprachen für die Annahme einer Infektion mit der Milch eines perlsüchtigen Rindes. **W. v. Brunn** (Rostock).

37) R. Morison. Pyloroplasty.

(Lancet 1905. Februar 11.)

Verf. berichtet über 20 Fälle von Pyloroplastik und hält die Operation bei allen leichteren Fällen von präpylorischem Geschwür für besser, als die Gastro-

enterostomie, weil sie einen dem natürlichen ähnlichen Zustand wieder herstellt. Die Erfolge der 20 Fälle sind folgende: Alle Pat. überstanden die Operation, einer kann zurzeit nicht gefunden werden, 2 sind inzwischen verstorben (einer nach 18 Monaten an Pyloruskarzinom, das bei der Operation irrtümlich für ein einfaches Geschwür gehalten worden war; der andere nach $2^1/_3$ Jahren an Phthise, ohne wieder Magenbeschwerden gehabt zu haben). Die Zeitdauer der übrigen 17 Fälle beträgt zwischen 10 und $5^1/_4$ Jahren nach der Operation; 3mal kehrten die Symptome zurück und benötigten eine zweite Operation (2mal wurde erneute Striktur gefunden, das drittemal erwies sich der Pylorus als für drei Finger durchgängig); bei 8 Fällen ist das Resultat ein vollständiges. Bei den restierenden 6 Fällen sind noch zeitweise Beschwerden vorhanden, doch besteht im allgemeinen Gewichtszunahme. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

38) **Moreau.** Deuxième contribution à la gastrectomie.

(Bull. de l'acad. roy. de méd. de Belgique 1904. Nr. 8.)

An seine Mitteilung vom 30. April 1904 (Totale Gastrektomie wegen Krebs — Tod an Pneumonia infect.) fügt M. jetzt eine Gastrektomie wegen Ulcus chronic. ventriculi mit starken Blutungen an. Die betreffende Frau war 44 Jahre alt und litt seit 2 Jahren an den üblichen Magenbeschwerden. Sie war sehr nervös von Jugend auf und sehr geschwächt von ihrem jetzigen Leiden. Nachdem die Laparotomie in der Linea alba oberhalb des Nabels gemacht war, zeigte der Magen eine große Anlötung seiner kleinen Kurvatur an die Leber, bei deren Lösung er geöffnet wurde. Die Anlötung zeigte eine große Geschwürsnarbe der kleinen Kurvatur, welche sich auf die vordere und hintere Magenwand fortsetzte. Der Magen war ferner an den Kopf des Pankreas angelötet. Die Lösung gelang ohne wesentliche Blutung. Die Wundfläche der Leber und des Pankreas wurden übernäht. Die Ausschneidung der Geschwürsnarbe setzte eine große Öffnung in den Magen. Der Pylorus zeigte sich verengt, er wurde vorgestülpt und der Pyloroplastik nach Heinecke-Mikulicz unterworfen; es war somit eine Pyloroplastik mit Inzision von innen nach außen. Endlich wurde der Magen und die Bauchwand genäht. Heilung. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

39) **B. G. A. Moynihan.** On duodenal ulcer, with notes on 52 operations.

(Lancet 1905. Februar 11.)

Verf. berichtet in dieser Arbeit ausführlich über seine 52 Operationen wegen Duodenalgeschwür. Dieses Geschwür ist nach Verf. weit häufiger als allgemein angenommen wird; denn die 52 Operationen wurden im Laufe der letzten 4 Jahre von Verf. ausgeführt. Das Zusammenvorkommen des duodenalen Geschwüres mit dem gastrischen ist sehr häufig. Seine Symptome sind nicht selten so klar, daß eine absolut sichere Diagnose von vornherein zu stellen ist. Das Geschwür sitzt meist im ersten Abschnitte des Duodenums; von Verf.s Fällen saßen die 7 perforierten Geschwüre alle im ersten Teile, von den anderen 43 im ersten und 1 im zweiten Teile. Im Gegensatze zu dem Magengeschwür ist das Geschwür im Duodenum meist solitär, doch war es bei 44 Fällen Verf.s 22mal mit Magengeschwür kompliziert. Das Duodenalgeschwür kann sich in jedem Lebensalter entwickeln; es überwiegt die Häufigkeit beim männlichen Geschlechte. Die wesentlichen Symptome sind: Schmerzen, Hämatemesis und Melaena. Bei den Schmerzen spielt der sog. »Hungerschmerz« eine typische Rolle: 2—3 Stunden nach dem Essen tritt Schmerz auf, der nach Zufuhr von etwas Nahrung aufhört. Für den Nachweis des Blutes im Stuhl ist die Boas'sche Probe von großem Wert und in allen zweifelhaften Fällen anzuwenden. Von den Komplikationen des Duodenalgeschwüres werden angeführt und eingehend besprochen: 1) Blutung; 2) Perforation; 3) narbige Duodenalstenose; 4) Narbenstenose der Vater'schen Papille; 5) Periduodenitis; 6) Karzinom; 7) Kompression der Pfortader durch Narbengewebe; 8) Gallenblasen- oder Gallengangserkrankungen; 9) Pankreaserkrankungen. — Die Indikation zur

Operation des Duodenalgeschwüres ist oft dringender als die des Magengeschwüres, da bei Hämorrhagien eher die größeren Gefäße arrodiert werden. — Verf. machte in allen seinen Fällen Gastroenterostomie als Operation der Wahl, und zwar jedesmal mit vollkommenem Erfolg; er gibt zu, daß Spezialbehandlung des Geschwüres mit Exzision, Naht, Gefäßunterbindung usw. sich gelegentlich gleichzeitig als nötig erweisen kann, eine Magen-Darmfistel ist jedoch immer auszuschließen. — Noch ein Wort zu den Resultaten: 1) Perforiertes Duodenalgeschwür: 7 Fälle — 5 Heilungen; 2) chronisches Duodenalgeschwür: 22 Fälle — 21 Heilungen; 3) mit Magengeschwür kombiniertes Duodenalgeschwür: 22 Fälle (23 Operationen) — 21 Fälle geheilt. Sämtliche Krankengeschichten sind genau angeführt.

Die Arbeit ist ein neuer Beweis der glänzenden Erfolge der Bauchhöhlenchirurgie an der Leeds infirmary. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

40) B. M. Arbusow. Über die tuberkulösen Strikturen des Dünndarmes.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1904. [Russisch.])

Die vorliegende, von der kaiserl. militär-ärztlichen Akademie mit der goldenen Medaille ausgezeichnete Monographie hatte den Zweck, eine in der russischen medizinischen Literatur fühlbare Lücke auszufüllen. Zu dem Zwecke trägt sie alles zusammen, was über den Gegenstand bekannt ist, führt auch aus der Literatur 129 Krankengeschichten auszugsweise an.

Den unmittelbaren Anlaß gab folgender von Weljaminow operierter Fall:

Im Anschluß an den Genuß einer großen Menge Kartoffeln bekam die 40jährige Krankenpflegerin heftige Schmerzen im Leibe, die sich in der Folgezeit häufig wiederholten, so daß Pat. jeden 2. Tag liegen mußte. Der Stuhl war angehalten, der Harn auf ein Minimum reduziert. Während eines mehrwöchigen Aufenthaltes in einem Krankenhause hörten Schmerzen und Erbrechen nicht auf. Man kam schließlich auf die Vermutung, daß es sich um eine chronische Peritonitis handle, die zu einer Stenose im Darme geführt habe. Durch Milchdiät wurde einige Besserung erzielt. Da aber die Schmerzanfälle nicht ganz aufhörten und freier Ascites vorhanden war, wurde Pat. in die chirurgische Klinik verlegt.

Die chirurgische Beobachtung ergab das Vorhandensein eines in seiner Quantität wechselnden Ascites. Durch Palpation des Bauches konnte lebhafte Peristaltik ausgelöst werden, in deren Verlauf sich zunächst rechts, dann links in den Hypogastrien Geschwülste bildeten, die unter deutlichem Gurren schnell wieder verschwanden. Der Stuhlgang war geregelt, die tägliche Urinmenge betrug ca. 800 ccm. Da ein Zweifel an der Existenz einer Stenose nicht wohl bestehen konnte, schritt Weljaminow zur Operation: der Ascites erwies sich als gering. Die Gesamtserosa des Bauches war mit kleinen weißen Knötchen überschüttet. Ca. $2^1/_2$ m oberhalb des Blinddarmes eine $3^1/_2$ cm lange knopelharte Verdickung im Darme, die Striktur. Oberhalb war der Darm stark ausgedehnt und hypertrophisch, unterhalb atrophisch. Resektion und zirkuläre Naht. Eine zweite Verengerung wurde nicht gefunden. Verlauf glatt, am 9. Tage erster Stuhl. Die mikroskopische Untersuchung wies Tuberkulose nach, die hauptsächlich submukös gelegen war.

In den nächsten $2^1/_2$ Jahren — dann wurde ihre Spur verloren — ist Pat. gesund gewesen und hat als Pflegerin gearbeitet. **V. E. Mertens** (Breslau).

Berichtigung. Auf p. 278 Z. 25 v. o. muß »nicht« fortfallen.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 15. Sonnabend, den 15. April. 1905.

Inhalt: Deutscher Chirurgenkongreß.

XXXIV. Chirurgenkongreß.

Um möglichst rasch im Zentralblatt einen sachlich richtigen Bericht über die Ergebnisse des Kongresses bringen zu können, bitte ich die Herren, welche auf demselben Vorträge halten werden, mir recht bald nach der Sitzung einen Selbstbericht über solche in Berlin zu übergeben oder nach Breslau XIII, Kaiser Wilhelmstraße 115, einzusenden.

Richter.

1.

Die Behandlung von Darmlähmung.

Von

Karl Dahlgren in Upsala.

In der Sitzung des Nordischen chirurgischen Vereins in Gothenburg im vergangenen August hielt ich einen Vortrag[1] über die Behandlung der ausgebreiteten eitrigen Peritonitis, wobei ich besonders die Wichtigkeit dessen hervorhob, daß gebührende Rücksicht auf die Darmlähmung genommen wird. Kann diese nicht beizeiten gehoben werden, so sind unsere Bemühungen vergeblich, selbst wenn die Operation im übrigen ein günstiges Resultat herbeigeführt hat. Außer einer Fistel am Darm, angelegt im Zusammenhange mit der Operation oder während der nächsten Stunden nach derselben, frühzeitigen und energischen Darmspülungen, Laxantien (per os oder per rectum oder event. durch eine Darmfistel) und Magenspülungen empfahl ich für die Bekämpfung der Darmlähmung eine Maßnahme, die ich in schweren Fällen seit Anfang 1904 angewendet habe und die in der Klinik die Bezeichnung »Melken« erhalten hat. Mit derselben wird bezweckt, den gelähmten Darm so vollständig wie möglich von seinem Inhalte zu befreien. Das Verfahren ist folgendes:

Nachdem die Mittelpartie des aufgetriebenen Dünndarmes nach der linken Seite hinüber — der Tisch wird am liebsten gleichzeitig nach derselben Seite geneigt — auf ein mit einem Handtuch bedecktes Stück Wachstuch gelegt worden ist, wird eine 1 bis $1^1/_2$ cm lange Querinzision gemacht, die mittels zweier an den Rändern angebrachter Péans offen gehalten wird. Durch Streichen des Darmes zwischen den Zeige- und Mittelfingern beider Hände (»Melken«) befördert der Operateur den Inhalt nach der Öffnung, während der Assistent die benachbarten Därme vor Verunreinigung schützt. Hierbei wird mit dem nächstliegenden Stück (20—30 cm) begonnen und Strecke auf Strecke fortgesetzt, aufwärts bis an das Duodenum, abwärts bis an die Valvula Bauhini. Mit einiger Übung kann der Darm auf diese Weise ziemlich vollständig entleert werden. Es ist selbstredend, daß die Manipulationen mit größter Schonung gemacht werden müssen, so daß die oft morsche Serosa der Därme und des Mesenteriums nicht lädiert werden. Von diesem Gesichtspunkte aus wird die Anwendung von Kautschuckhandschuhen empfohlen. Der Darm wird während des Melkens mit warmer physiologischer Kochsalzlösung gespült. Die Öffnung im Darme wird mit doppelten Reihen Suturen geschlossen,

[1] Im Druck begriffen in »Nordisk tidskrift for terapi« und in »Archives internationales de chirurgie«.

der Darm wird sorgfältig gewaschen und reponiert. »Das Melken« ist fortzusetzen bis der Darm soviel an Volumen abgenommen hat, daß er sich mit Leichtigkeit in den Bauch einführen läßt.

Dieses Verfahren halte ich für indiziert, sobald die Ausdehnung des Dünndarmes so ausgesprochen ist, daß eine Reposition des eventerierten Darmes auf Schwierigkeiten stößt — wie aus meinem Vortrag erhellt, kann bei stärkerer Füllung des Darmes eine effektive Reinigung der Bauchhöhle nicht ohne Eventration der Dünndärme zuwegegebracht werden.

Da der Inhalt des ausgespannten Darmes zum wesentlichen Teil aus Gasen besteht, hat es sich beim »Melken« häufig schwierig gezeigt, diese zu hindern zwischen den Fingern in einer der gewünschten entgegengesetzten Richtung vorzudringen. Diese Schwierigkeit, die natürlich Zeitverlust verursacht, habe ich dadurch überwunden, daß ich zum Vorwärtstreiben des Inhaltes statt der Finger ein für diesen Zweck konstruiertes Instrument anwende. Nach einigen Versuchen habe ich diesem Instrumente das Aussehen gegeben, das die untenstehende Figur darbietet. Es besteht aus zwei Zylindern, die durch



eine schwache Stahlfeder gegeneinander gedrückt werden. An der gekreuzten Feder befindet sich eine für den Zeigefinger bestimmte Hülse angebracht, mittels welcher das Instrument den Darm entlang vorwärts gezogen wird, ohne daß die Feder beeinflußt wird. Die Zylinder wurden zuerst von hydraulich zusammengepreßter Holzmasse hergestellt, einem Materiale, das auf Grund seines passenden Festigkeitsgrades und seines geringen Gewichtes besonders zweckmäßig erschien. Da sich indessen herausstellte, daß dasselbe ein wiederholtes Kochen nicht vertrug, mußte es durch dünnwandige Metallrohre ersetzt werden. Der Durchmesser der Zylinder beträgt 4 cm, ihre Länge 7 cm. Das Instrument hat sich als zur vollen Zufriedenheit funktionierend bewährt[2].

Daß eine wesentliche Verminderung des Inhaltes des Darmes die Arbeit der paretischen Muskulatur in hohem Grade erleichtern muß, ist wohl ohne weiteres klar. Auch ein anderer Vorteil der Entleerung des Darmes, nämlich der, daß der Körper schnell von den Infektionsstoffen befreit wird, die zumal bei katarrhalischen Zuständen des Darmes

---

[2] Wird bei Stille, Stockholm, verfertigt.

in reichlicher Menge hier vorhanden sind, dürfte unstreitbar sein. Die Frage ist demnach, ob nicht diese Vorteile durch den Eingriff selbst als solchen zu teuer erkauft werden. An der Hand meiner Erfahrung glaube ich hierauf mit Nein antworten zu können. Von den 15 Fällen von ausgebreiteter eitriger Peritonitis, die von Januar bis Juni 1904 in die chirurgische Klinik in Upsala aufgenommen wurden und die alle nach den Prinzipien behandelt wurden, die ich in meinem vorerwähnten Vortrag ausgesprochen habe, wurden nicht weniger als acht — demnach über 53% — gerettet. An vier von den Genesenen, bei welchen eine stärkere Ausdehnung der Därme mit herabgesetzter oder aufgehobener Peristaltik vorlag, war »Melken« vorgenommen worden.

In letzter Zeit haben wir in der chirurgischen Klinik in Upsala einige Versuche mit Atropin in großen Dosen gegen Ileus gemacht und dabei Resultate erzielt, die mir einer weiteren Prüfung wert zu sein scheinen. In einem, wie es schien, hoffnungslosen Falle von Darmlähmung — Verstopfung und äußerst heftiges und frequentes Erbrechen während 5 Tagen — nach Herniotomie und wiederholter Laparotomie wurde zu Atropininjektionen als einem letzten Versuch, den Pat. zu retten, gegriffen. Das Resultat war staunenswert. Die Ileussymptome schwanden rasch und der Pat. genas. Kurz darauf wurde ein 81jähriger Mann mit Ileussymptomen unbekannten Ursprunges aufgenommen. Bei der Operation zeigten sich die Därme ausgedehnt; keine Peristaltik; beginnende Peritonitis; kein mechanisches Hindernis. Da die Ileussymptome, wie man nach dem Operationsbefunde Anlaß hatte zu erwarten, fortbestanden — gewaltsames anhaltendes Erbrechen ohne Abgang von Gasen oder Fäces —, wurde subkutan Atropin gegeben. Wie im vorhergehenden Falle stellten sich auch hier nach vier Spritzen (in jeder Spritze 1 mg Sulphas atropin.) Bewegungen im Bauche und nach der fünften reichlicher Stuhl ein. Ein nach ein paar Tagen von neuem auftretender Ileus wurde in gleicher Weise gehoben.

Die Versuche mit großen Dosen Atropin gegen Ileus, die vor einigen Jahren zuerst in der Literatur erwähnt wurden, schienen mir mit wenig Unterscheidung gemacht worden zu sein, und ich stellte mich daher sehr skeptisch zu den Resultaten. Die Erfahrung von den vorstehend besprochenen beiden Fällen hat mich indessen eines besseren belehrt. Besonders fand ich den Fall Nr. 2, wo die Atropinbehandlung mit demselben guten Resultat wiederholt wurde, beweisend für einen kräftigen Einfluß des Atropins auf die Peristaltik des Darmes. Aus diesem Grund entschloß ich mich dazu, in schwereren Fällen von Darmlähmung — auch bei Peritonitis —, wo durch Operation das Nichtvorhandensein eines mechanischen Hindernisses konstatiert worden war, Atropin anzuwenden. Der nächste Versuch wurde in einem vernachlässigten Falle von Perforationsperitonitis mit hochgradiger Gesamtinfektion — hohem Fieber, Albuminurie, Ikterus — und vollständigem Ileus

gemacht. Als 6 Stunden nach der Operation die Ileussymptome keine Tendenz zeigten nachzulassen, wurde subkutan Atropin gegeben. Nachdem fünf Spritzen à 1 mg gegeben worden waren, kam die Peristaltik rasch in Gang. Während der 5 Tage, die die Pat. noch lebte, hatte sie täglich große Entleerungen. Die Sektion zeigte heftige Sepsis; die Peritonitis war in Heilung begriffen.

In einem anderen Falle von ausgebreiteter eitriger Peritonitis — hohem Fieber (39,7), hoher Pulsfrequenz (140) und Albuminurie — bei einem jungen Manne, wo die Operation eine schnelle Besserung der Infektionssymptome herbeiführte, so daß das Fieber nach 36 Stunden geschwunden war, bildete sich während derselben Zeit ein vollständiger Ileus — hochgradiger Meteorismus, Übelkeit, Schlucksen und beginnendes Erbrechen — aus. Es wurde nun Atropinbehandlung eingeleitet und am Coecum eine Fistel angelegt. Die letztere gewährte freilich unmittelbar einige Erleichterung, aber erst nach 6 bis 8 Stunden, nachdem fünf Spritzen Atropin gegeben worden waren, ließen die Ileussymptome nach und stellten sich reichliche Entleerungen ein. Der Pat. befindet sich nun in vollständiger Rekonvaleszenz.

Da das glückliche Resultat rücksichtlich der Hebung der Ileussymptome in den vorstehend kurz referierten Fällen nach meiner Überzeugung mit der Atropinbehandlung in Zusammenhang zu bringen ist, scheint mir die Hoffnung nicht unbegründet, daß wir in dieser Behandlung ein wirksames Mittel zur Bekämpfung wenigstens gewisser Formen von dynamischem Ileus haben, und ich möchte daher ähnliche Versuche warm befürworten in Fällen von Darmlähmung, wo durch Operation das Nichtvorhandensein eines mechanischen Hindernisses dargetan worden ist.

Es kann hinzugefügt werden, daß alle vier Pat. die ziemlich großen Dosen (5 bis 7 mg in 12 bis 15 Stunden) gut vertragen haben.

II.

Eine neue Methode der Sterilisation von Catgut.

Von

Dr. **Willard Bartlett** in St. Louis, Mo.

Nachdem ich das von mir zubereitete Catgut ein Jahr lang mit ausgezeichnetem Erfolg angewandt habe, übergebe ich hiermit die Methode der Öffentlichkeit zur Nachprüfung. Das Verfahren zerfällt in folgende Etappen:

1) Das Rohmaterial wird in Fäden von etwa 2 Fuß Länge geschnitten, und jeder dieser Fäden wird um sich selbst gewunden. Die so entstehenden Ringe, die einen Durchmesser ungefähr von der Größe eines Zweimarkstückes haben, werden wie Perlen an einen Zwirn- oder

Baumwollenfaden gereiht, damit man sämtliche Fäden bequem hantieren kann.

2) Dieses Band von Catgutringen wird nun eine Stunde lang bei einer Temperatur von 85° C und eine weitere Stunde bei 105° C getrocknet, und zwar wird die Temperatur langsam auf die gewünschte Höhe gebracht.

3) Das Catgut wird nun in flüssiges Paraffin gebracht und bleibt in dieser Flüssigkeit, bis es transparent geworden ist, was in spätestens 12 Stunden der Fall ist.

4) Darauf wird das Glasgefäß mit dem Öl und Catgut in ein Sandbad gestellt und die Temperatur eine Stunde lang ganz allmählich auf 160° C erhitzt, worauf diese Temperatur eine zweite Stunde lang unterhalten wird.

5) Nun hebt man den Faden mit den Catgutringen mittels eines ausgekochten Instrumentes aus dem Öl und bringt das Catgut in ein steriles Glasgefäß, das mit folgender Mischung gefüllt ist:

Jodkristalle 1 Teil,
desodorierter Methylalkohol 100 Teile.

Nachdem man jetzt den Faden mit ausgekochter Schere durchschnitten und herausgezogen hat, bleibt das Catgut in dieser Flüssigkeit liegen und ist nach 24 Stunden gebrauchsfertig.

Besonderes Gewicht muß auf Etappe 3 gelegt werden. Wenn das Catgut im Öl bleibt, bis es transparent wird, so ist man sicher, daß der Catgutfaden in allen Teilen gleichmäßig imbibiert ist, und daß während des folgenden Sandbades die Temperatur im Innern des Fadens gleich hoch ist, wie die des umgebenden Öles. Beim Herausheben des Catgutbündels läßt man nur das überschüssige Öl abtropfen. Absolut ölfreies Catgut ist so hygroskopisch, daß es schon nach wenigen Minuten die in jeder Wunde enthaltene Feuchtigkeit aufsaugt und anschwillt. Die Aufbewahrungsflüssigkeit löst das Paraffinum liquidum nicht sehr schnell auf, sie verhütet jedoch, daß die Außenseite des Catgutfadens schlüpfrig bleibt. Nach einigen Stunden dringt sie auch ins Innere des Fadens ein, den sie, wie auf dem Durchschnitt ersichtlich, tief schwarz färbt. Das im Faden noch verbleibende Paraffin tut der schwach antiseptischen Kraft der Aufbewahrungsflüssigkeit keinen Abbruch, da es keine irritierenden Eigenschaften hat.

Die Vorzüge des Verfahrens bestehen zunächst in seiner überraschenden Einfachheit. Ein gewöhnliches Kochgestell, das mit dem nächsten Gashahn verbunden wird, ein Paar Glasgefäße und ein Thermometer für hohe Temperaturen bilden das nötige Zubehör, das sich ein jeder leicht beschaffen kann. Die Sicherheit vollkommener Sterilisierung hat sich aus einer sehr großen Reihe von Laboratoriums- und experimentellen Untersuchungen, sowie aus Beobachtungen nach Operationen erwiesen. Die Schmiegsamkeit und Haltbarkeit des Catguts ist vorzüglich und wird von keiner anderen mir bekannten Methode erreicht. Die Schnelligkeit der Resorption ist die gleiche wie

bei anderen Verfahren. Catgut Nr. 2 wird in ungefähr einer Woche resorbiert. Mein Catgut kann unbegrenzt lange in der Aufbewahrungsflüssigkeit belassen werden, ohne daß Haltbarkeit oder Keimfreiheit darunter leiden. Auch dafür kann ich eine größere Reihe von bakteriologischen Untersuchungen beibringen. Als weiteren Vorteil der Methode führe ich endlich die Billigkeit des Verfahrens an. Das flüssige Paraffin kann wiederholt gebraucht werden, und der Preis für Jod und Methylalkohol ist sehr gering. Nur desodorierter Methylalkohol ist zu verwenden.

Genauere Mitteilungen über bakteriologische und andere Versuche sollen in einer ausführlichen Arbeit erfolgen.

---

1) **F. Dessauer.** Röntgenologisches Hilfsbuch. Eine Sammlung von Aufsätzen über die Grundlagen und die wichtigsten Hilfsmethoden des Röntgenverfahrens. Mit einem Anhang über Radioaktivität. Bd. I.

Würzburg, A. Stuber's Verlag (C. Kabitzsch), 1905. 33 Abb.

Verf. hat eine Reihe seiner Aufsätze über die brennendsten Fragen des Röntgenverfahrens zusammengestellt. Im I. Bande bespricht er zunächst die Theorie des Verfahrens mit den daraus sich ergebenden Forderungen in bezug auf Stromquelle, Funkenlänge, Unterbrecher, Röhreneigenschaften u. a. mehr. Weitere Aufsätze behandeln nochmals speziell einzelne Abschnitte, z. B.: die Röntgenröhre, das Blendenverfahren, Stromquellen (Empfehlung des Grisson'schen Gleichrichters bei Wechselstrom), Unterbrecher, Schädlichkeit und Unterdrückung der Schließungsinduktion, Funkenlänge des Induktors. In letzterem Kapitel wendet sich Verf. energisch, wie schon mehrfach, gegen die sonst fast allseitig empfohlenen Induktoren mit möglichst großer Funkenlänge und sucht das theoretisch zu begründen.

Den Schluß bildet eine physikalisch-theoretische Abhandlung über Radioaktivität und Naturanschauung. **Renner** (Dresden).

---

2) **Perthes.** Versuch einer Bestimmung der Durchlässigkeit menschlicher Gewebe für Röntgenstrahlen mit Rücksicht auf die Bedeutung der Durchlässigkeit der Gewebe für die Radiotherapie.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 1.)

Verf. suchte die Durchlässigkeit der menschlichen Gewebe für Röntgenstrahlen durch Vergleiche mit solchen Stoffen zu bestimmen, deren Durchlässigkeit bekannt ist oder immer leicht festgestellt werden kann, wie Wasser und Stanniol. Die Tiefenwirkung der Röntgenstrahlen in den einzelnen Geweben wurde durch ähnlich gestaltete Versuche mit der von Röntgen selbst angegebenen radioskopischen Methode geprüft. Das Ergebnis seiner Versuche faßt Verf. in folgenden Sätzen zusammen:

»1) Die Durchlässigkeit der Weichteile des menschlichen Körpers mit Ausnahme von den Geweben, die spezifisch leichter sind als Wasser — Lunge und Fettgewebe — kommt der des Wassers außerordentlich nahe. Nur Lunge und Fettgewebe sind durchlässiger als Wasser; die übrigen Weichteile einander ziemlich gleich und sehr wenig undurchlässiger als Wasser.

2) Bei Bestrahlung des Körpers sinkt die Intensität der Röntgenstrahlen von der Körperoberfläche nach dem Körperinnern zu rasch ab. Bei Verwendung von mittelweichen Röhren ist in 1 cm Tiefe nur 50—60%, in 2 cm Tiefe nur 35—45%, in 3 cm Tiefe nur 20—30% der ursprünglichen Intensität vorhanden.

3) Die Intensitätsabnahme erfolgt langsamer bei der Verwendung harter Röhren; aber auch in diesem Falle sinkt die Intensität im vierten Zentimeter unter 40%, im fünften unter 25% des ursprünglichen Wertes herab.

4) Die Intensitätsabnahme in der Tiefe erfolgt merklich langsamer, wenn auf die Körperoberfläche eine absorbierende Schicht — etwa 1 mm Aluminium — gelegt wird.« **Gaugele** (Breslau).

---

3) **Hahn.** Ein Beitrag zur Röntgentherapie.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 2.)

Bei Abschnürung der Extremitäten mit der Esmarch'schen Binde erhält man viel schärfere Röntgenbilder. Das Blut ist offenbar für die Durchdringungsfähigkeit der Röntgenstrahlen ein Hindernis. Verf. hält diese Ansicht durch eigene Versuche für bestätigt.

Zur Ausheilung der Röntgengeschwüre empfiehlt Verf. die Eosinbehandlung nach v. Tappeiner. **Gaugele** (Breslau).

---

4) **Linser.** Beitrag zur Histologie der Röntgenwirkung auf die normale menschliche Haut.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 2.)

Baermann und Verf. fanden in früheren Versuchen, daß bei der Ulzeration durch Röntgenstrahlen die Schädigung der Blutgefäße das primäre sei, während Ernährungsstörungen und Ulzerationen erst sekundär sich dazu gesellen. Neuere Versuche an entzündlich nicht veränderter Haut bestätigten seine frühere Annahme; auf jeden Fall sei nach diesen Ergebnissen eine primäre Schädigung des Epithels ausgeschlossen. (Nach der gleichzeitigen Mitteilung von Unna sind bei der chronischen Röntgendermatitis der Radiologen alle Gewebsschichten der Haut gleichmäßig betroffen. Ref.)

Gaugele (Breslau).

---

5) **Unna.** Die chronische Röntgendermatitis der Radiologen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 2.)

Verf. gibt uns in seiner eingehenden Arbeit unter Benutzung von Berichten mehrerer Radiologen ein klares Bild über den Stand unseres heutigen Wissens und therapeutischen Könnens in obiger Frage:

Die Röntgendermatitis tritt meist erst längere Zeit nach dem Beginn der Beschäftigung mit Röntgenstrahlen auf. Ihre Lokalisation entspricht genau der des X-Strahlentraumas. Die ersten Erscheinungen bestehen in einer diffusen Rötung und Schwellung der Haut, meist noch ohne stärkere subjektive Beschwerden. In allen Fällen kommt weiterhin eine Hyperkeratose hinzu, welche diffus oder umschrieben (als Warze, Schwiele und subunguale Hyperkeratose) auftreten kann. Die Hyperkeratose führt häufig zu der äußerst schmerzhaften Rhagadenbildung. Als seltenes Spätsymptom findet man eine totale Hautatrophie (Liodermie—Glanzhaut). Bezüglich der Histologie der Röntgendermatitis erkennt Verf. die von Baermann und Linser vertretene Anschauung der primären Gefäß- mit sekundärer Gewebsschädigung nur für akute Fälle, speziell Ulzerationen an; bei der chronischen Berufsdermatitis dagegen sind alle Teile der Haut gleichmäßig betroffen (Gefäßerweiterung ohne Schädigung der Gefäßwand, Hyperkeratosis, chronisches, interstitielles Ödem). Die Röntgendermatitis trotzt oft jahrelang jeder Therapie. U. empfiehlt eine Behandlung mit hornerweichenden und schälenden Mitteln (Wasser, hygroskopische Salze, Alkalien, Fette, Salizylsäure) in Verbindung mit oxydierenden Mitteln (H_2O_2, Natronsuperoxydseife und die Hebra'sche Salbe), womit gute Resultate erzielt werden.

Gaugele (Breslau).

---

6) **Seldin.** Über die Wirkung der Röntgen- und Radiumstrahlen auf innere Organe und den Gesamtorganismus der Tiere.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VII. Hft. 6.)

Im ersten Teile der Arbeit geht Verf. zunächst auf die einschlägige Literatur ein, wobei er besonders die Versuchsresultate von Scholtz, Kienböck Heinecke und Albers-Schönberg näher bespricht.

Im Anschluß daran berichtet er über die Ergebnisse der von ihm selbst an Mäusen und Meerschweinchen vorgenommenen Versuche, welche im großen und ganzen mit denen von Heinecke und Albers-Schönberg übereinstimmen. Der zweite Teil handelt von der Einwirkung speziell der Radiumstrahlen auf die inneren Organe. Sichere klinische Erfahrungen darüber liegen bis jetzt nicht vor. Die vom Verf. selbst angestellten Versuche ergaben ein ähnliches Resultat wie die entsprechenden Versuche mit Röntgenstrahlen. Die hauptsächlichsten Ergebnisse seiner Experimente sind:

Kleine Säugetiere (Mäuse) gehen meist rasch zugrunde, um so schneller, je jünger sie sind.

Größere Tiere (Meerschweinchen) zeigen bei Bestrahlungen mäßigen Grades keine nennenswerten Störungen des Allgemeinbefindens.

Bei Bestrahlung des Hodens treten in letzterem degenerative Prozesse auf, die zu vollkommener Azoospermie führen können (bei Radiumbestrahlung rascher als bei Röntgenbestrahlung).

Die Leber wurde durch die Bestrahlung nicht verändert.

Gaugele (Breslau).

---

7) **S. G. Tracy.** Thorium: A radioactive substance with therapeutical possibilities.

(New York med. record 1904. Januar 23.)

Von den vier radioaktiven Elementen: Actinium, Polonium, Radium und Thorium, ist das letztere relativ billig und wird z. B. in den Auerglühstrümpfen verwendet.

Man kann auch »Thoriographien«, die abgebildet werden, erhalten, indem man, allerdings mehrere Tage lang, über einen auf einer photographischen Platte liegenden Metallgegenstand solche Glühstrümpfe legt.

Etwas schneller wirkt das Thoriumnitrat; Exposition von einer Stunde genügt schon bei Erhitzung von Thoriumoxyd, wie solches auch zur Inhalationstherapie der Tuberkulose verwendet wurde. Eine 25%ige Salbe von Thoriumnitrat wird bei parasitären Hautkrankheiten für besonders wirksam gehalten. Für die antiseptischen und antifermentativen Eigenschaften werden noch mehrere Beispiele angeführt.

Loewenhardt (Breslau).

---

8) **Scholtz.** Über die Indikationen der Behandlung mit Röntgenstrahlen in der Dermatologie.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 2.)

Verf. stellt auf Grund seiner 6jährigen Erfahrung für die Röntgentherapie folgende Indikationen auf:

1) Von den Neubildungen der Haut ist es vor allem das oberflächliche Cancroid, für welches die Röntgenbehandlung neben der Operation als Methode der Wahl zu bezeichnen ist. Aber auch die übrigen Hautkarzinome, speziell ulzerierte, werden günstig beeinflußt. Ähnlich wie die Karzinome verhalten sich die Sarkome und die Geschwülste der Mycosis fungoides. Bei Lupus erreicht man mehr durch Finsenbehandlung. Oft empfiehlt es sich, beide Verfahren zu kombinieren. Bei Gefäßneubildungen leisten die Röntgenstrahlen selten etwas, prompt dagegen bei Warzen.

2) Bei den Haarkrankheiten findet die Röntgentherapie besonders für die Epilation bei Favus und Trichophytie des Kopfes, sowie für hartnäckige Fälle von Folliculitis barbae vorteilhafte Verwendung.

3) Von den übrigen Dermatosen wird die Psoriasis meist rasch durch die Röntgenstrahlen auf das günstigste beeinflußt. Für die meisten anderen Dermatosen (auch pruriginöse Affektionen) bildet die

Röntgenbestrahlung nur ein unterstützendes Mittel neben der gewohnten Behandlung. **Gaugele** (Breslau).

---

9) **Freund.** Zur Therapie und forensischen Begutachtung der Röntgenstrahlendermatitiden.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 1.)

Eine sichere Verhütung von Röntgenstrahlendermatitiden kann auch nicht bei Anwendung des Chromoradiometers erreicht werden; am ehesten noch bei dem vom Verf. angegebenen radiometrischen Verfahren. Die schlechte Heilungstendenz der Röntgengeschwüre ist nach den neuesten Anschauungen hauptsächlich bedingt durch eine starke Gefäßschädigung, welche zu chronischer Hyperämie an der betroffenen Stelle führt. Verf. empfiehlt deswegen, wo möglich, die Hochlagerung des kranken Gliedes. Andere, wie Huntington, Baermann und Linser, exstirpierten die Ulcera. Neben der kausalen Therapie sind noch einige symptomatische Mittel von großem Werte (warme Umschläge, event. mit Liquor Burowii). — (In einer erst kürzlich veröffentlichten Arbeit Unna's wird vor Liquor Burowii gewarnt. Ref.) — In forensischer Beziehung kann sich der Arzt leicht schützen, wenn er die Kranken über die event. schädlichen Folgen der Röntgenbestrahlung zuvor aufklärt. **Gaugele** (Breslau).

---

10) **C. Beck.** The mediolegal of aspect accidents caused by the Röntgen rays.

(New York med. record 1904. Februar 20.)

Verf. behandelt in übersichtlicher Weise die verschiedenen Grade der Röntgendermatitis und bespricht die Vorsichtsmaßregeln. Bei der bullösen Form werden Xeroformverbände empfohlen, bei chronischen Veränderungen Bäder mit normaler Kochsalzlösung.

Weiterhin wird die forensische Seite dieses Themas erörtert und die Indikation der Röntgenbehandlung zu rein kosmetischen Zwecken wie bei Hypertrichosis gegenüber der vitalen bei Karzinomen nach diesem Gesichtspunkte beleuchtet. **Loewenhardt** (Breslau).

---

11) **G. Legros.** Cancers et radiothérapie.

(Gaz. des hôpitaux 1905. Nr. 11.)

Die französischen Erfahrungen faßt L. wie folgt zusammen.

Bei der Mehrzahl der Hautepitheliome erreicht man mit Röntgenstrahlen mindestens ebensoviel, wie mit den älteren Methoden. Oft erstaunlich ist die Wirkung auf rezidivierende oder inoperable Sarkome. Die Strahlen sind »un moyen d'arrêt et un palliatif remarquable« gegen Rezidive von Mammakarzinomen, versagen dagegen völlig bei Eingeweidekrebsen und Lymphdrüsenmetastasen.

V. E. Mertens (Breslau).

---

12) **A. Bum.** Die Behandlung von Gelenkerkrankungen mittels Stauung.

(Wiener med. Presse 1905. Nr. 3 u. 4.)

Nach seinen Erfahrungen hält Verf. die Stauung bei folgenden Gelenkerkrankungen für ganz besonders indiziert: bei Arthritis gonorrhoica; beim akuten Gichtanfall; beim akuten und subakuten Gelenkrheumatismus; ihnen folgen die Versteifungen der Gelenke, insoweit sie Syndesmosen betreffen, und die Gelenktuberkulose. Lediglich unterstützende Wirkung können wir der Methode bei jenen Formen der Gelenkerkrankungen zusprechen, die mit größeren Transsudaten und Extravasaten einhergehen, also bei der serösen Synovitis, dem Hydrops der Gelenke, dem sog. chronischen Gelenkrheumatismus, mit Ausnahme der hyperplastischen Form desselben, der Arthritis deformans und bei Gelenkverletzungen.

Paul Wagner (Leipzig).

---

13) **Cohn.** Beitrag zur Lehre von den Funktionsstörungen im Ellbogengelenk mit besonderer Berücksichtigung der Ulnarislähmung.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 1.)

Auf Grund stereoskopischer Röntgenphotographien von Brüchen des Ellbogengelenkes mit nachfolgenden Störungen im Gebiete des N. ulnaris kommt Verf. zu dem Schluß, daß letztere Störungen nicht, wie man bisher annahm, etwa durch überreiche Kallusbildung verursacht werden; denn eine solche pflegt bei den Gelenkbrüchen meist nicht einzutreten. Auch war in 4 von 6 Fällen die Parese resp. Paralyse erst lange Zeit (2—57 Jahre) nach der Fraktur eingetreten. Eine »toxiko-traumatische Genese« (Oppenheim) glaubt Verf. ebenfalls bei seinen Fällen ausschließen zu können. Die Ursache ist vielmehr darin zu suchen, daß durch die bei der Fraktur geschaffenen Knochenveränderungen der N. ulnaris in eine abnorme Lage gedrängt wird, wo er leichter Schädigungen ausgesetzt ist, die früher oder später zu einer Ulnarisparese oder -paralyse führen können.

Gaugele (Breslau).

---

14) **Schiele.** Über die Behandlung schwerer blutiger Handverletzungen.

(Therapeutische Monatshefte 1905. Nr. 2.)

Unter Erörterung allgemeiner Grundsätze, besonders über die Desinfektion bei schweren Handverletzungen, sowie unter genauerer Ausführung, wie man sich im einzelnen den verschiedenen Geweben der Hand gegenüber zu verhalten habe, kommt S. zu folgenden Hauptsätzen:

1) Die Gebrauchsfähigkeit der Hand muß möglichst erhalten werden.

2) Hauptmittel dazu ist eine reaktionslose Heilung.

3) Im Interesse derselben sind Teile von voraussichtlich geringer Brauchbarkeit zu opfern. Prinzipiell konservatives Verfahren ist schädlich.

4) Heilung per primam oder mit mäßiger Reaktion ist auch in stark verschmutzten Wunden möglich, wenn man die Wunde in Narkose genau anfrischt. Man kann dann auch nähen und erreicht dadurch schmale Narben und ungestörte Funktion der inneren Bewegungsorgane der Hand.

Den Schluß der Arbeit bildet ein kurzes Verzeichnis der einschlägigen Literatur.

Silberberg (Breslau).

---

15) H. Coenen. Über die konservative Behandlung der Finger- und Zehenverletzungen.

(Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1904. Nr. 23.)

Der frühere radikale Standpunkt bei der Behandlung der Fingerverletzungen, welcher bezweckte, den Arbeiter aus sozialen Rücksichten bald wieder erwerbsfähig zu machen, hat mit der Verlängerung der Krankenkassenzeit auf 26 Wochen an Berechtigung verloren und entspricht auch nicht mehr dem heutigen Stande der Chirurgie. Ein konservatives, dem Einzelfalle sorgfältig angepaßtes Vorgehen führt oft zur Erhaltung noch recht brauchbarer Finger. Deshalb soll man nichts opfern, was nicht unbedingt verloren ist; ein genau angelegter, fixierender Verband nach voraufgegangener Reinigung der Umgebung ist zunächst alles, was zu geschehen hat, selbst bei komplizierten Fingerbrüchen. Die primäre Naht bei Verletzungen der häufig durch Gewerbeschmutz stark verunreinigten Finger ist wegen der Gefahr der Phlegmone fast immer zu verwerfen. Selbst wenn nun ein auf diese Weise geheiltes Glied sich später als unbrauchbar erweist, so führt die sekundäre Amputation oder Exartikulation, wegen der Möglichkeit, aseptisch zu operieren und deshalb exakt zu nähen, zu besseren Narben, als Operationen bei noch offenen, zumal eiternden Wunden, bei denen nur unvollkommen oder garnicht genäht werden kann, und deshalb breite, empfindliche Narben entstehen. Nur die glatte Sehnendurchschneidung ist sofort zu nähen; doch hat bei der häufigen subkutanen Zerreißung der Strecksehne am Endgelenk ein Schienen- und Heftpflasterzugverband mehr Zweck als die Naht der hier fast papierdünnen Sehne.

Verf. veranschaulicht die Erfolge dieser Grundsätze durch Mitteilung und Abbildung mehrerer Fälle aus der chirurgischen Universitätspoliklinik zu Berlin.

Die Behandlung der Zehenverletzungen kann, weil der moderne Kulturmensch nicht mehr auf die Einzelbewegung der Zehen angewiesen ist, eine radikalere sein, muß aber wegen der größeren Gefahren der Fußphlegmone nicht weniger sorgfältig — am besten im Krankenhause — geleitet werden.

Gutzeit (Neidenburg).

---

16) **Chancel.** Luxation trapézo-métacarpienne.

(Thèse de Paris 1904. — Revue français de méd. et de chir. 1905. Nr. 2.)

Die Verrenkungen zwischen Multangulis und Metakarpalien sind selten; C. fand 30 Beobachtungen beschrieben. Fast immer war die Verrenkung nach hinten, nur in zwei Fällen nach außen eingetreten. Klinisch findet man ein merkbares Hervortreten des Metakarpalendes. Die im Beginn starke Funktionsstörung gleicht sich allmählich fast ganz wieder aus, selbst wenn nicht reponiert wird. Die Reposition ist gewöhnlich leicht, selbst lange nach dem Unfalle, dagegen die Retention schwierig, und nur bei genauer Fixation zu erzielen.

Mohr (Bielefeld).

---

17) **V. Schmieden.** Über plastischen Knochenersatz bei der Heilung der Spina ventosa und über die Enderfolge.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 302.)

S. hat bei der Spina ventosa der Hand- und Fußknochen 13mal ein plastisches Operationsverfahren und dabei 8mal eine Einheilung des Knochenersatzstückes erzielt, deren Dauerhaftigkeit auch 1 bis $1^1/_2$ Jahre lang verfolgt wurde. Die Knochen des Mittelfußes und der Mittelhand eignen sich für das Verfahren am besten, an freien Phalangen gelang nur 1mal die Plastik. Nachdem die topographischen Verhältnisse durch Röntgenaufnahme festgestellt, wird der kranke Knochen durch lateralen Schnitt freigelegt. Alle kranken Weichteile sollen mit dem Messer, nicht durch Auskratzung entfernt werden, der kranke Knochen selbst wird mit scharfen Instrumenten im Gesunden, möglichst unter Schonung der Epiphysen reseziert, event. auch unter Schonung eines Teiles der periostalen Wucherungsschicht; die Plastik wird bei fistelfreien Fällen sofort angeschlossen. Sind Fisteln vorhanden, erst nach Ausheilung letzterer. Zum Knochenersatz empfiehlt sich am meisten die Autoplastik; und zwar hat S. dazu ein Stückchen Tibia unter Mitnahme reichlichen Periostes verwendet. S. ist der Überzeugung, daß bei dieser Transplantation der Knochen nicht abstirbt, sondern leben bleibend direkt anheilt. Im Röntgenbilde kann man lange nach vollendeter Heilung noch die eigentümliche Spongiosastruktur der Tibia im Gegensatze zu der der gesunden Hand- und Fußknochen rekognoszieren. Der transplantierte Knochen heilt manchmal auch noch ein, wenn er zeitweise durch Eiterung bloßgelegt war. Es exfoliiert sich dann eine oberflächliche Lamelle, der Rest heilt ein. Man sieht in den von S. beigebrachten Röntgenbildern das Verhalten der eingeheilten Kochenstückchen. Sie verwachsen gut mit den erhaltenen Epiphysen und erfahren allerhand Formveränderungen. Ob sie am Körperwachstum teilnehmen, ist zweifelhaft, sie werden im Gegenteile bisweilen stark atrophisch, und wenn auch, wie es vorkommt, die distalen Phalangen kleiner werden, ist das Endresultat ein ungenügendes. Schwer ist es, die implantierten Stückchen in richtiger Lage zu erhalten — eine Extension an dem betreffenden Finger oder Zehen tat hier gute Dienste. Wenn eine Autoplastik sich nicht emp-

fahl, z. B. bei multipler Karies, benutzte S. als heteroplastisches Material Elfenbeinstifte, sowie durch Auskochen in Sodalösung mazerierte Spongiosa aus der Oberschenkelepiphyse des Rindes. Auch mit diesem Material erzielte er Erfolge. Die Rinderspongiosa empfiehlt er besonders, wo eine periostale Schale erhaltbar ist, die dann mit diesem Materiale primär »plombiert« werden kann. Dekalzinierter Knochen dagegen wird nach S.'s Erfahrungen oft zu schnell resorbiert oder gar in aufgelöstem Zustand ausgestoßen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

18) **A. Schlesinger.** Zur Ätiologie und pathologischen Anatomie der Coxa vara.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 3.)

S. beobachtete einen Fall von Coxa vara bei einem 15jährigen Mädchen. Konservative Behandlung führte nicht zum Ziele, deshalb wurde die Resektion des oberen Femurendes vorgenommen. Die Untersuchung des erhaltenen Präparates ergab, daß es sich um eine reine traumatische Epiphysenlösung handelte. Da das Verhältnis des Leidens zur traumatischen Epiphysenlösung noch keineswegs geklärt ist, studierte Verf. darauf hin die zu dem Zwecke brauchbare Literatur und fand, daß eine Verbiegung des unteren Schenkelhalsrandes bei einer Abrutschung des Kopfes nach hinten unten allein auf Grund des Röntgenbildes nicht zu beurteilen sei, ferner, daß bis jetzt in keinem Falle der Coxa vara adolescentium ein anderer Sitz der Verbiegung als die Epiphysenlinie nachgewiesen sei. Eine Coxa vara adducta ist als Coxa vara adolescentium bis jetzt nicht erwiesen. Gegenüber der Auffassung der Deformität als Belastungsergebnis erklärt Verf., daß bis jetzt noch in keinem Falle von Coxa vara adolescentium makroskopisch oder mikroskopisch eine Osteomalakie oder Rachitis, auf Basis deren sie entstehen könnte, mit Sicherheit konstatiert ist. Die eventuell vorhandene Erweichung der Spongiosa ist auf eine mangelhafte Ernährung des abgerutschten Kopfes zurückzuführen. Ein Trauma oder eine Reihe von Traumen kann beim Heben schwerer Lasten die physiologisch im Pubertätsalter noch nachgiebige Epiphysenlinie lockern und den Kopf abrutschen lassen. Die Überlastung ist wohl imstande, die Coxa vara adolescentium zu erklären, aber sie ist als eine fortlaufende Reihe von Traumen aufzufassen, die schließlich eine Lockerung der Epiphysenlinie bewirken. Im Kindesalter bei der Coxa vara der nicht rachitischen Kinder spielt die Überlastung keine Rolle, sondern nur die traumatische Ätiologie. Bei rachitischen Kindern ist dagegen nirgends eine Epiphysenlösung beschrieben, da bei ihnen der Schenkelhals der Locus minoris resistentiae ist.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

19) R. Förtner. Zur Kasuistik der Pseudarthrosenoperation.

Diss., Kiel, 1904.

Bei einer Oberschenkelfraktur ließ sich in $3^1/_2$ Monaten keine Konsolidation erreichen. Die 20jährige Pat. war anscheinend ganz gesund. Endlich wurden die Frakturenden freigelegt und »ein ca. 5 cm langes, ca. 1 cm dickes, ausgekochtes stiftartiges Stück eines Femur« als Verbindungsstück eingeschaltet. Die Frakturenden wurden durch einen dicken Silberdraht dicht aneinander gezogen. Bier'sche Stauung, Massage.

Auf diesem Wege wurde eine »vollkommene Konsolidierung« erreicht.

V. E. Mertens (Breslau).

---

20) Trendelenburg. Die Erfolge der Knochennaht bei Kniescheibenbrüchen.

(Therapie der Gegenwart 1905. Nr. 1.)

Nach kurzer historischer Einleitung berichtet T. unter Beschreibung der einfachen Technik der Kniescheibennaht über 62 Fälle von Kniescheibenbruch, die er an der Bonner und Leipziger Klinik zu beobachten Gelegenheit hatte. Auf Grund der an diesen Fällen gemachten Erfahrungen empfiehlt T. dringend die Knochennaht bald nach der Verletzung, d. h. nach 6—10 Tagen, wenn das Ödem der Weichteile zurückgegangen ist. Die Ruhigstellung darf dabei nicht zu lange fortgesetzt werden: Die Schiene wird nach 8—10 Tagen gelockert, so daß schon minimale Bewegungen mit dem Knie ausgeführt werden können, und nach 2—3 Wochen werden die ersten Gehübungen gemacht.

Daß Verletzte, die nur mit Massage und frühzeitigen Übungen behandelt worden sind, und bei denen nur eine Bandvereinigung der Bruchstücke eingetreten ist, ebenso gut gehen können als Operierte, gibt T. zu. Er weist jedoch darauf hin, daß bei nicht knöcherner Vereinigung leicht Ermüdung und damit Herabsetzung der Erwerbsfähigkeit eintreten könne und empfiehlt deshalb die Operation besonders bei Leuten, die auf ihren Erwerb angewiesen sind. — Bei veralteten Fällen mit großem Abstande der Fragmente nimmt T. die Operation nicht mehr vor.

Silberberg (Breslau).

Kleinere Mitteilungen.

21) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

146. Sitzung am 13. März 1905.

Vorsitzender: Exz. v. Bergmann.

1) Herr Schwalbach: Aneurysma arterio-venosum der Carotis sin.

Bei dem in der vorigen Sitzung vorgestellten Pat. hat S. inzwischen operiert, da der Exophthalmus stärker wurde und die Erweiterung der Venen am inneren Augenwinkel und der Netzhautvenen zunahm; zur Unterdrückung des Geräusches mußten in letzter Zeit entweder beide Carotiden komprimiert oder es mußte mit der Kompression der Carotis comm. sin. ein digitaler Druck tief im inneren Augenwinkel gegen das hintere obere Orbitaldach ausgeübt werden. Durch Ligatur der

Carotis comm. sin. wurde das Schwirren am inneren Augenwinkel beseitigt, das blasende Geräusch wurde leiser. Hierauf Eröffnung des retrobulbären Raumes von einem Schnitt am oberen Augenhöhlenrand. Es wurde im Orbitalfett eine bleistiftdicke, stark geschlängelte Vene gefunden, die sich leicht vor die Hautwunde ziehen ließ. Nach Resektion eines 5 cm langen Stückes derselben hörte sofort jedes Geräusch auf. Heilung per primam. Bisher wurden bei Wiederauftreten von Geräuschen oder nicht vollkommenem Verschwinden derselben in der Regel beide Carotiden unterbunden. S. meint, man solle wie hier vor Unterbindung der Carotis der anderen Seite erst am Orte der Entstehung des Geräusches operativ eingreifen.

2) Herr Katzenstein teilt ein Verfahren mit zur Vermeidung des Circulus vitiosus nach Gastroenterostomie, bestehend in einer Naht, welche eine mäßige Knickung des zuführenden Schenkels bewirkt.

3) Herr Rumpel: Über Bechterew's Wirbelversteifung.

R. kommt unter Berücksichtigung der in den letzten Jahren beschriebenen und auf Grund der Beobachtung von sieben eigenen Fällen von chronisch ankylosierender Spondylitis zu dem Schluß, daß sich die von Bechterew, Pierre Marie und Strümpell aufgestellten Krankheitstypen nicht als gesonderte Krankheitsbilder unterscheiden lassen, sondern vielmehr als Stadien bezw. Varietäten ein und derselben Erkrankung aufzufassen sind. Das Wesen der letzteren findet Aufklärung durch die neuerer Zeit häufiger beschriebenen Sektionsbefunde, die die Krankheit als Arthritis chron. ankylopoëtica der kleinen Wirbelgelenke dokumentieren: Die Gelenkerkrankung ist das Primäre, die Spangenbildung und Osteophytenwucherung zwischen den Wirbelkörpern das Sekundäre. Von der Spondylitis deformans ist das vorliegende Krankheitsbild streng zu trennen; denn hier bilden Veränderungen der Wirbelkörper, die bei jener ganz intakt sind, den Ausgangspunkt. Durch Röntgenbilder, die diese Veränderungen der Wirbelsäule im Schattenbilde deutlich zeigen, werden die Ausführungen illustriert.

4) Herr Edm. Meyer: Beitrag zur Behandlung der Trachealstenosen.

Fall 1: 24jähriges Mädchen, im Alter von 3 Jahren wegen Diphtherie tracheotomiert; bis zum 10. Jahre vergebliche Versuche zu dekanülieren. Im 20. Jahre wurde wieder mit Dilatationsbehandlung begonnen; sie führte nicht zum Ziel. Im November 1902 Exzision der Narbe, die sich dicht unterhalb des Kehlkopfes gebildet hatte, von der Trachealfistel aus, danach regelmäßige Behandlung mit O'Dwyer'schen Tuben. Im Januar 1903 Dekanülement. Seit dieser Zeit atmet die Pat. frei per vias naturales. Die noch bestehende Trachealfistel soll jetzt plastisch geschlossen werden.

Fall 2: 21jährige Mädchen, mit $1^1/_4$ Jahr tracheotomiert, seitdem Trachealfistel. Ein Versuch im Januar 1904, dieselbe zu schließen, mißlingt; wegen eines schweren Suffokationsanfalles mußte retracheotomiert werden; eine danach eingetretene psychische Störung gestattete eine weitere Behandlung zunächst nicht. Die Tracheoskopie zeigte eine Narbe zwischen Trachealfistel und Larynx; Exzision derselben, danach Dilatationsbehandlung mit Schrötter'schen Hartgummibougies, die nach $2^1/_2$ Monaten das Dekanülement ermöglichte. Seitdem 1mal wöchentlich Bougierung. Die Trachealfistel ist geschlossen; Pat. atmet vollkommen frei.

Fall 3: Bei dem 17jährigen Manne war die prophylaktische Tracheotomie zwecks Oberkieferresektion wegen Tumor gemacht worden. 2 Monate post operat. Erstickungsanfall, der die Retracheotomie erfordert. Danach war es nicht möglich zu dekanülieren, und zwar zeigte die Tracheoskopie einen Granulationsknopf am oberen Winkel der Tracheotomiefistel, darunter eine zweite Stenose durch Narbe. Entfernung der Granulation und Dilatation mit Schrötter'schen Bougies. Nach $1^1/_2$ Monat Entfernung der Kanüle und einmal wöchentliche Bougierung. Pat. atmet frei, die Trachealfistel ist geschlossen.

Auf Grund dieser drei vorgestellten Fälle empfiehlt M. nach Feststellung von Sitz, Ausdehnung und Natur der Verengerung, möglichst auf endotrachealem Wege

Granulationen zu entfernen, Narben, wenn die Trachealwand erhalten, zu exzidieren, event. Stücke der Knorpelringe, welche in das Lumen hineinragen, zu resezieren und dann erst die Dilatation einzuleiten. Die Resektion der Trachea event. mit nachfolgender Plastik ist indiziert, wenn die Trachealwand selbst in größerer Ausdehnung verändert ist. Für hochsitzende Stenosen ist die Dilatation mit O'Dwyer-schen Tuben oder Schrötter'schen Zinnbolzen am geeignetsten; die Anwendung von Schornsteinkanülen hat M. nicht zum Ziele geführt. Für tiefer sitzende Stenosen und bei besonderer Reizbarkeit sind die Schrötter'schen Bougies, denen man leicht die geeignete Form geben kann, zu empfehlen. Auch bei veralteten Fällen solle man es, wie die erfolgreich behandelten Fälle 1 und 2 lehren, mit dieser konservativen Methode versuchen.

5) Herr L. Michaelis: Experimentelle Untersuchungen zur Übertragbarkeit des Mäusekrebses.

M. berichtet über die Krebsübertragungsversuche an Mäusen, welche er in dem Institut für Krebsforschung ausgeführt hat. Der Krebs ist bei den Mäusen eine nicht sehr seltene Erkrankung, sowohl bei weißen wie grauen Mäusen. Im Laufe von $1^1/_2$ Jahren sammelte Verf. im ganzen 15 Mäuse mit spontan entstandenem Krebs, 10 weiße und 5 graue. Der histologische Bau der Geschwülste ist verschieden; es fanden sich einfache, alveoläre oder tubuläre Karzinome, Adenokarzinome und eine dritte Art, von denen eine endotheliale Herkunft behauptet wird. Die Geschwülste sitzen stets subkutan und sind als prominente, bis über walnußgroße Tumoren von außen sichtbar. Sie rezidivieren nach unvollständiger Exstirpation, machen mitunter Metastasen in der Lunge, brechen durch die Haut durch und ulzerieren; ihnen fehlt aber ein eigentliches infiltrierendes Wachstum. Durch Übertragung kleiner Geschwulstpartikel auf andere Mäuse lassen sie sich überimpfen, aber immer nur auf Mäuse je der gleichen Rasse: weiß auf weiß, grau auf grau. Ein außer den genannten 15 Mäusen von C. Jensen aus Kopenhagen erhaltener Impfkrebs ließ sich nur auf Kopenhagener, nicht auf Berliner weiße Mäuse übertragen. Die Impftumoren haben genau die gleichen Eigenschaften wie die primären. Die Übertragung der Geschwulst auf andere Individuen vollzieht sich in der Weise, daß die Proliferation allein von den übertragenen Zellen des Primärtumors ausgeht. Eine eigentliche »Infektion« der neuen Maus findet nicht statt, die neue Maus gibt zu dem Impftumor nur Bindegewebe und Blutgefäße. Vortr. demonstriert ca. 20 lebende Mäuse und 12 in toto konservierte Mäuse mit Impfkrebs, sowie mikroskopische Präparate vom Bau der Primär- und Impfgeschwülste und von der Entwicklung der letzteren.

6) Herr Exz. v. Bergmann: Fälle von Knochentumoren.

a. v. B. zeigt einen 62jährigen Mann, bei dem sich im Laufe der letzten 20 Jahre an der hinteren Fläche der Tibia in der Nähe der oberen Epiphyse, wo die kartilaginären Exostosen häufig sind, ein großer knochenharter Tumor entwickelt hat. Das Röntgenbild zeigt einen von spongiösem Knochengewebe gebildeten, gestielten Tumor, in dem dunkle Stellen auf eine Erweichung oder auf Einsprengung von Knorpel hinweisen. Einsprengung von Knorpelgewebe in Exostosen hat v. B. häufig beobachtet. Auch die gewöhnlichen Exostosen enthalten oft versprengte Knorpelstückchen, wie eine kürzlich durch Operation entfernte, demonstrierte Exostose zeigt, welche in ihrer Mitte einen Herd petrifizierten Knorpels aufweist.

b. Demonstration eines Pat., bei welchem vor einiger Zeit von anderer Seite ein zentrales Knochensarkom der Tibia ausgeschält worden ist mit Resektion der Tibia bis auf eine schmale Spange zwischen dem gesunden zentralen und peripheren Ende des Knochens (Röntgenbild). Bald nach der Heilung der Wunde kam es zu einer Fraktur in dieser Spange, und anschließend hat sich sehr schnell ein lokales Rezidiv des Tumors entwickelt, das im Röntgenbilde demonstriert wird.

7) Herr Bockenheimer: Osteomyelitis capitis.

Bei dem demonstrierten Pat. hat sich im Anschluß an eine Schädelverletzung eine Osteomyelitis im linken Schläfen-, Scheitel-, Stirn- und Hinterhauptsbein ent-

wickelt. 14 Tage nach dem Unfalle hatte sich an der Stelle der Verletzung ein Abszeß gezeigt, der von dem zuerst behandelnden Arzt eröffnet wurde. Die Verschlimmerung des Leidens mit Auftreten von Kopfschmerzen, Schüttelfrösten, Ödem, Hirndruck, Neuritis optica veranlaßte die Überweisung des Kranken und machte eine ausgedehnte Freilegung der linken Schädelhälfte notwendig; dabei fand man eine Fissur im Os parietale; an verschiedenen Stellen drang aus den genannten Knochen Eiter hervor; Abmeißelung der Tabula externa bis in den gesunden Knochen. Am Os parietale fand sich ein fünfmarkstückgroßer Sequester der Tabula interna; daselbst war auch die Dura schmierig belegt. Von den gesunden Stellen der Dura wurde das Hirn mit negativem Erfolge punktiert. Die Hirnerscheinungen bildeten sich nach der Operation alsbald zurück; nachträglich stieß sich eine größe Anzahl von Sequestern ab, und die Heilung erfolgte langsam ohne weitere Störungen. Später wurde noch eine plastische Deckung des Defektes im Seitenwandbeine durch einen König-Müller'schen Lappen von der Stirn her gemacht. Nachdem danach noch einmal eine Abstoßung von Sequestern vom Seitenwandbeine her erfolgt war, ist Pat. seit ca. 1 Jahr geheilt und beschwerdefrei.

8) Herr Lexer: Schwere komplizierte Schädelfraktur mit nachfolgendem Hirnabszeß.

Der jetzt als geheilt vorgestellte Pat. war von einem eisernen Träger am Hinterhaupte verletzt worden und beim Fallen gegen einen anderen eisernen Träger mit der Stirn aufgeschlagen. Er hat dabei eine komplizierte Fraktur quer über das Hinterhauptbein und eine zweite des Stirnbeines erlitten. Er soll sich mehrere Wochen in bewußtlosem resp. benommenem Zustande befunden haben und war mit Jodoformgaze verbunden worden; dabei war die komplizierte Fraktur an der Stirn geheilt. Von der Frakturstelle des Hinterhauptes stießen sich im Laufe der nächsten Monate mehrere Sequester ab. Da die Wunde spontan nicht heilte, erfolgte die Überweisung in die Klinik $^5/_4$ Jahr nach der Verletzung. Es bestand eine pulsierende fistulöse Narbe am Hinterhaupte, welche die Kopfhaut stark eingezogen hatte. Die Fisteln wurden gespalten, die nekrotischen Knochenstücke entfernt; die Kopfhaut wurde breit vom Schädel gelöst im Zusammenhange mit dem Periost und, unter Periostverlagerung über den Knochendefekt, vereinigt. 2 Monate später traten Hirndruckerscheinungen auf, welche auf einen Hirnabszeß hinwiesen. Die Narbe wurde wieder geöffnet; in der Tiefe des linken Occipitallappens wurde Eiter gefunden und eine große Menge davon entleert. Nach 4 Wochen war Pat. geheilt. Als Ausfallserscheinungen der Verletzung sind zurückgeblieben: rechtsseitige Hemianopsie, linksseitige Facialis- und Acusticuslähmung, rechtsseitige Olfactoriuslähmung.

9) Herr Coenen: Über Endotheliome.

Endotheliome diagnostizierte man früher stets, wenn karzinomähnliche Geschwülste im Innern eines Organes ohne nachweisbaren Zusammenhang mit einwandfreien Epithelien entstanden. Die Forschung hat aber gezeigt, daß solche Tumoren, z. B. die Parotistumoren, bestimmte Gaumentumoren, das Cholesteatom, vielfach aus abgesprengten embryonalen Epithelkeimen entstanden und somit einen Zusammenhang mit dem normalen Oberflächenepithel nicht haben konnten. Auch für die Hautendotheliome ist die epitheliale Genese erwiesen worden. Borrmann hat vor allem ihre kongenitale Anlage aus verlagerten Keimzellen des Rete Malpighii ins Corium begründet. Auf diese Weise können einfache Basalzellenepitheliome entstehen oder Epitheliome, die Drüsen- oder Haarbalgstruktur haben, die also von abgeschnürten Drüsen- oder Haarbalgkeimen entsprungen sind. Solche Tumoren werden demonstriert: zwei Cystepitheliome von der Nase, ein Trichoepitheliom der Nasolabialfalte, ein Adenokarzinom der Oberlippe, abgeschnürt aus Speicheldrüsenresten der Lippenschleimhaut, zwei Zylindrome der Stirn, die sicher Adenome sind, entwickelt aus einem kongenitalen Keim von der Thränendrüse oder einer Hautschweißdrüse her. Interessant und beweisend für das tatsächliche Vorkommen abgeschnürter Gewebskeime ist ein Präparat von einem Fibroma pendulum des Kinnes, in dem ein isolierter proliferierender Epithelhaufen gefunden wurde. Schließlich zeigt C. ein Hautkarzinom in Spontanheilung, das Epithel-

gewebe nekrotisch, anämisch, nicht mehr färbbar, am Rande von zahlreichen Riesenzellen umgeben, die bestrebt sind, das abgestorbene Karzinomgewebe fortzuschaffen.

10) Herr Schultze: Die Serodiagnostik der Staphylokokkenerkrankungen.

S. berichtet über mit Bruck und Michaëlis angestellte Versuche zur Serodiagnostik der Staphylokokkenerkrankungen. Die Untersuchungen gehen von dem Gedanken aus, ähnlich der Gruber-Widal'schen Methode die biologischen Eigenschaften auch der verschiedenen pyogenen Krankheitserreger zur Differentialdiagnose in schwierigen Fällen zu verwerten, bei bakteriellen entzündlichen Tumoren sowohl zur Differenzierung untereinander als gegenüber den soliden Geschwülsten. Für die Staphylokokkenerkrankungen ist eine solche Methode fertig ausgearbeitet. Das gesuchte Diagnostikum fand sich in der Beobachtung des Antistaphylolysingehaltes, d. h. des durch die Hämolysinbildung der im Körper angesiedelten Staphylokokken hervorgerufenen spezifischen Antitoxins, dessen Höhe bei spezifisch Erkrankten auf das 10—100fache steigt. Bezüglich der Einzelheiten der Methodik wird auf die Mitteilung in der Zeitschrift für Hygiene hingewiesen. Der positive Ausfall der Untersuchung spricht unbedingt für Staphylokokkenerkrankung.

Richard Wolff (Berlin).

---

22) Sammelbericht über die Röntgenbehandlung von chirurgischen und Hautkrankheiten im Jahre 1904.

(Fortsetzung und Schluß.)

Älter noch als die Verwendung der Röntgenstrahlen für die Behandlung der Krebse ist ihre Anwendung zur Beeinflussung von Sarkomen. Zuerst von amerikanischen Chirurgen wurden Erfolge derart mitgeteilt. Entsprechend dem nicht so häufigen Auftreten dieser Geschwülste sind auch die Berichte über ihre Behandlung durch Röntgenstrahlen viel seltener. Jedoch ist auch im Jahre 1904 von deutschen, englischen, amerikanischen ganz besonders und von französischen Berichterstattern häufig genug über ihre Anwendung, gerade auch bei inoperablen und rasch wachsenden Geschwülsten derart berichtet. Sowohl Spindel- wie Riesenzellen-, und ganz besonders kleinzellige Sarkome sind mit Erfolg bestrahlt. Einzelne Berichterstatter melden allerdings auch Rückfälle. Bei den Sarkomen schien der Sitz ziemlich gleichgültig; auch Knochensarkome wurden teilweise günstig beeinflußt. Einigemal wurden erst die Haut und sonstige über der Geschwulst gelegene Teile gespalten, um die Geschwulst der Behandlung zugänglicher zu machen. Über einen schweren, wiederholt erfolglos operierten Kranken mit kleinzelligem Sarkom des Oberkiefers berichtete Béclére in dem Arch. d'électricité méd. Gleichzeitig mit der Bestrahlung wurden Chinineinspritzungen angewandt, welchen Béclére eine Steigerung der Wirkung der Röntgenstrahlen vielleicht durch Fluoreszenz (?) zuschreibt. Andere Beobachter wollen durch gleichzeitige Arsendarreichungen bessere Erfolge als durch Bestrahlung allein erzielt haben und erklären dies aus einer das Zellenleben im allgemeinen schädigenden Wirkung des Arsens. Chrysopathes beschrieb in der Münchener med. Wochenschrift ein schweres, die ganze Beckenhöhle ausfüllendes Sarkom, welches durch Bestrahlung völlig zum Schwinden gebracht wurde. Er wie viele andere stellte die Diagnose auch histologisch fest. Coley spricht sich dagegen sehr ungünstig über die Sarkombehandlung mit Bestrahlung aus; er hat keinen dauernd günstig beeinflußten Fall gesehen. Im ganzen ist aus den Mitteilungen der Schluß zu ziehen, daß eine Einwirkung der Röntgenstrahlen auf Sarkome im Sinn einer Zerstörung der Geschwulstzellen stattfindet, daß aber die Endergebnisse noch nicht derart sind, daß Operationen überflüssig erscheinen; vielmehr sind auch bei diesen Geschwülsten nur die inoperablen Gegenstand der ausschließlichen Röntgenbehandlung.

Über Röntgenbehandlung gutartiger Geschwülste — Fibrome, Myome, Adenome — ist nur sehr spärlich berichtet. Einwirkungen scheinen auch bei solchen zweifellos.

Eine sehr viel umfangreichere und anscheinend auch mehr Erfolg versprechende Anwendung fand die Röntgentherapie bei Hautkrankheiten. Daß bei solchen weit sicherere und schnellere Erfolge zu erzielen sind, geht schon aus der zu Anfang mitgeteilten Eigenschaft der Strahlen hervor, daß ihr größter Teil schon in der Haut absorbiert und nur eine geringe, noch dazu wenig chemisch wirksame Menge in tiefere Gewebslagen eindringt. Bei infektiösen Hautkrankheiten ist vielfach die Frage erörtert, ob die Strahlen direkt bakterientötend wirken. Die meisten Autoren haben eine solche Wirkung nicht beobachten können; daß trotzdem auch die infektiösen Hauterkrankungen günstig beeinflußt werden, schreiben manche dem Leukocytose erregenden Einfluß der Strahlen zu. Die vermehrte Leukocytenmenge vernichtet dann, nach dieser Ansicht, den Infektionserreger. Sehr ausführliche Angaben über die Behandlung der Hautkrankheiten finden sich bei Holzknecht. Bei vielen derselben genügt eine einmalige Bestrahlung, um Heilung zu erzielen, vorausgesetzt, daß die nötige Strahlenmenge verabreicht wird. So soll z. B. Sykosis und Favus mit einer einmaligen Bestrahlung heilbar sein. (Daß selbst jahrelang bestehende Sykosis schnell heilbar ist, kann Ref. aus eigener Erfahrung bestätigen.) Eine der interessantesten Verwendungen der Bestrahlung ist die zur Heilung der Mycosis fungoides, von welcher völlige Heilungen aus Amerika und Frankreich gemeldet werden; ebenso die Bekämpfung der durch Saccharomycesarten erzeuten Erkrankungen (»Blastomykose«). Fast alle Arten von Hauterkrankungen sind behandelt, z. B. die verschiedenen Lichenarten, chronische Ekzeme aller Art, trockene Flechten, Pruritus, Psoriaris; letztere soll bei sehr veralteten Fällen mit keinem anderen Mittel so schnell heilbar sein, allerdings auch nach Heilung ebenso wieder Rezidive geben wie nach Beseitigung mit anderen Mitteln. Selbst in der Kassenpraxis haben einzelne Ärzte das Mittel angewandt, da manche Erkrankungen schneller und ambulant damit zu beseitigen sind, während ihre anderweitige Behandlung unter Umständen lange Krankenhausbehandlung erfordert hätte. Lupus vulgaris und erythematodes scheint für die Röntgenbehandlung ebenfalls ein dankbares Objekt zu sein. Neuerdings namentlich mehren sich die Berichte über günstige Erfolge bei Lupus vulgaris, die namentlich auch schneller zu erzielen sein sollen als mit Finsenbehandlung. Lupus erythematodes wird schnell und gut beeinflußt (eigene Beobachtung, Ref.).

Ganz vereinzelte Mitteilungen liegen vor über Behandlung von Gelenkkontrakturen bei chronischem Rheumatismus und Gicht. Sie sollen sehr günstig durch die Bestrahlung beeinflußt sein, ebenso sollen Erfolge erzielt sein bei Gelenktuberkulose und tuberkulösen Lymphdrüsenschwellungen, jedoch sind die Mitteilungen über diese Anwendungsweise noch zu vereinzelt, um irgendwelche Schlüsse zu gestatten.

Je länger desto mehr stellen sich die Röntgenstrahlen als ein Heilmittel von großer Kraft heraus, welches sich bisher allerdings nur für einen verhältnismäßig beschränkten Kreis von Erkrankungen anwenden läßt, eine Beschränkung, die durch die Eindringungstiefe der Strahlen gegeben ist. Für manche inoperable, verzweifelte Fälle lassen sich noch recht gute Erfolge erzielen. Da wir erst im Anfange der Radiotherapie stehen, lassen sich für die Zukunft noch bessere Ergebnisse erhoffen.

Trapp (Bückeburg).

23) **R. Abbe.** The subtle power of radium.

(New York med. record 1904. August 27.)

A. studierte die destruktiven Wirkungen des Radiums sowohl an den Wachstumsverhältnissen von Rübsamen, welcher vor dem Säen bestrahlt worden war, als auch an mikroskopischen Schnitten von behandelten Geschwülsten.

Auch auf Mehlwürmer war ein merkwürdiger Einfluß festzustellen, indem die Generationsfähigkeit aufhörte.

Abbildungen von einem mit Erfolg behandelten Epithelialkrebs des Ohres (6 Applikationen von 1 Stunde, Stärke: 300000) und einem Riesenzellensarkom des Unterkiefers werden gegeben.

Loewenhardt (Breslau).

24) **Levy-Dorn.** Ein neues orthodiagraphisches Zeichenstativ.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 2.)

Verf. konstruierte ein neues Zeichenstativ, das sich neben einigen Neuerungen gegenüber den bisher üblichen Apparaten durch soliden Bau und universelle Anwendungsfähigkeit auszeichnet. Der Apparat wird geliefert von Reiniger, Gebbert & Schall in Erlangen. **Gaugele** (Breslau).

25) **Sträter.** Apparat zur Feststellung des Kopfes und der Gliedmaßen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VII. Hft. 6.)

Verf. empfiehlt zur Röntgenphotographie an Stelle der viel gebrauchten Sandsäcke einen von ihm selbst konstruierten Apparat, welcher für alle Aufnahmen eine leichte und sichere Fixierung des betreffenden Gliedes gestattet. Der Apparat ist zu beziehen durch den Mechaniker Schäffer, Aachen, Jakobstraße 41.

Gaugele (Breslau).

26) **L. Arnsperger.** Endemisches Auftreten von myeloider Leukämie. (Aus der Heidelberger chir. Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 1.)

Die Mitteilung betrifft elf Fälle von myeloider Leukämie, die fast zu gleicher Zeit in einen relativ kleinen Bezirk, im unteren Enztal auftraten; drei davon wurden in der chir. Klinik, die übrigen in den betreffenden Ortschaften beobachtet. Die Wasserversorgung der letzteren ist schlecht; früher kamen häufig Epidemien von Typhus vor, an welchem auch drei obiger Pat. erkrankt gewesen waren. Sämtliche Fälle zeichneten sich durch große Milzschwellung aus. — Auch A. vermutet, daß die Leukämie durch eine parasitäre Noxe hervorgerufen werde.

Kramer (Glogau).

27) **H. Arnsperger** und **M. Cramer.** Über die Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen.

(Med. Klinik 1905. Nr. 5.)

Bei einer 36jährigen, an myeloider Leukämie (290000 Leukocyten) leidenden Pat. der Heidelberger med. Klinik wurden während etwa 4 Wochen in 20 Sitzungen Milzgegend, Brustbein, Oberarm- und Oberschenkelknochen bestrahlt. Erhebliche subjektive Besserung, fortschreitende Verkleinerung der Milz, Verringerung der Leukocyten bis auf 17000. **G. Schmidt** (Berlin).

28) **Meyer** und **Eisenreich.** Die Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen. (Aus der II. med. Klinik in München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 4.)

29) **Winkler.** Zur Technik der Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen. (Aus dem Röntgenlaboratorium des Krankenhauses l. I. in München.)

(Ibid.)

30) **Wendel.** Zur Röntgenbehandlung der Leukämie. (Aus der chir. Univ.-Klinik zu Marburg.)

(Ibid.)

31) **Schieffer.** Weitere Beiträge zur Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen. (Aus der med. Univ.-Klinik in Gießen.)

(Ibid.)

Die Verff. der oben genannten Arbeiten bestätigen durch Mitteilung einer Reihe neuer — im ganzen zehn — Fälle die Erfahrungen, welche die Behandlung

der Leukämie mit Röntgenstrahlen in der großen Mehrzahl (32) der bisher veröffentlichten, von Wendel tabellarisch zusammengestellten 36 Fällen ergeben hat. Das Allgemeinbefinden, sowohl das subjektive Befinden, als auch der allgemeine Kräfte- und Ernährungszustand, ferner die spezifisch-leukämischen Symptome wurden erheblich gebessert, die Schwellungen der Milz, Leber, Lymphknoten gingen fast immer zurück, die Leukocyten verminderten sich, und meist vermehrten sich die Erythrocyten und mit ihnen der Hämoglobingehalt. Indes traten nach Aussetzen der Behandlung in den von Wendel und in einem der von Schieffer mitgeteilten Fälle Rezidive ein; der letztere Fall verlief, aus der Behandlung wesentlich gebessert entlassen, sogar 14 Tage später unter stürmischen Erscheinungen tödlich.

In technischer Hinsicht ist aus der Winkler'schen Arbeit hervorzuheben, daß nur mittelweiche bis harte Röhren benutzt, die nicht bestrahlten Partien mit 0,5 mm dicken Bleiplatten sorgfältig abgedeckt, die bestrahlten ca. 14 Tage lang geschont und durch Anwendung des Holzknecht'schen Chromoradiometers die verbrauchte Strahlenmenge einigermaßen zu dosieren gesucht wurde. Hautverbrennungen wurden trotzdem in Winkler's beiden Fällen, wie auch in der Mehrzahl der anderen beobachtet, waren allerdings nur leichter Art.

Kramer (Glogau).

32) **A. Exner.** Über die bisherigen Dauerresultate nach Radiumbehandlung von Karzinomen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 379.)

E. berichtet über zwei mittels Radiumbestrahlung radikal geheilte Hautkarzinome der Wange aus der Wiener Klinik von Hochenegg.

Fall 1 betrifft eine 73jährige Frau, bei der die Geschwulst von der Schleimhautseite ausgegangen, durch die ganze Dicke der Backe durchgewuchert und schon etwas auf den Ober- wie Unterkiefer übergegangen war, so daß der Fall von zwei Chirurgen bereits als inoperabel angesehen worden war. Von Ende September bis Ende Oktober 1903 fast tägliche Bestrahlung, infolge deren das Geschwür sich verkleinerte und flachere, kürzere Ränder bekam. Es wurde nunmehr ausgeschabt, wobei der Grund des Geschwüres den Eindruck fibrösen Gewebes machte und wodurch eine ca. 2 cm tiefe Höhle entstand. Neue energische Bestrahlung auf der Innen- und Außenseite vom 5.—17. November, wonach die Wunde sich selbst überlassen wurde. Sie trieb gute Granulationen und war Mitte April 1904 mit einer derben, von zahlreichen Gefäßektasien durchzogenen Narbe auf der Wangenschleimhautseite vernarbt. Oktober desselben Jahres wurde noch völlige Rezidivfreiheit konstatiert.

In Fall 2 zeigte eine 42jährige Frau eine ca. hellerstückgroße, flache Geschwulst auf der rechten Backe, von Borken bedeckt, nach deren Entfernung ein kraterförmiges Geschwür mit wallartigen Rändern vorlag. Die Neubildung wurde nebst den angrenzenden Hautpartien 1/2 Stunde lang bestrahlt. 14 Tage später liegt nur noch eine flache Ulzeration, keine Geschwulst mehr vor, die sich 9 Wochen nach der Bestrahlung in eine glatte, gut verschiebliche, wenig eingesunkene Narbe verwandelt hat. 1 Jahr später Rezidivfreiheit konstatiert.

Sodann veröffentlicht E. histologische Bilder, gewonnen von einer bestrahlten Hautkarzinomstelle, die metastatisch nach Adenokarzinom der Mamma entstanden war. Die Präparate zeigen, daß bereits 1 Woche nach der Bestrahlung eine starke Bindegewebsneubildung hervortritt. Erst 14 Tage nach der Bestrahlung gesellt sich hierzu eine Veränderung der Karzinomzellen (Vakuolenbildung). Das Zugrundegehen letzterer scheint wesentlich durch die angeregte Überproduktion des Bindegewebes neben stattfindenden Blutungen in das Gewebe bedingt zu werden.

Endlich beschreibt E. das von ihm zur Fassung des Radiumpräparates benutzte Bestrahlungsinstrument, in welchem nur 60 mg Radiumbromid eingefügt sind.

E. hebt in praktischer Beziehung die durch seinen Fall 1 belegte Wichtigkeit hervor, mürbe Geschwülste vor der Radiumbehandlung auszuschaben, damit letztere zu genügender Tiefenwirkung kommen kann.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

33) C. W. Allen. High-frequency currents in the treatment of skin diseases.

(New York med. record 1904. Februar 20.)

A. hat eine ganze Reihe von Hautkrankheiten mit hochgespannten Strömen (Tesla, d'Arsonval, Oudin Piffard) behandelt und besonders bei Pruritus, chronischen Ekzemen und Lichen planus, sowie Herpes zoster Rückgang der nervösen Symptome bemerkt.

Er hält die Methode namentlich als Unterstützung bei der gewöhnlichen lokalen Behandlung für wertvoll.

Die Applikationen wurden verschieden ausgeführt und sind als 1) Autokondensation, 2) allgemeine Elektrisierung, 3) lokale Kontaktanwendung als direkte bipolare und als d'Arsonvalisation, und schließlich 4) als »Autokonduktion« beschrieben.

Loewenhardt (Breslau).

34) Coville (Orléans). Ankylose de l'épaule traitée par interposition musculaire. Rapport par M. Nélaton.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1185.)

Um ein bewegliches Gelenk bei möglichst geringfügiger Resektion von Knochen zu erzielen, interponierte C. bei einer Schultergelenkresektion wegen Ankylose ein Stück des Innenrandes des M. deltoideus zwischen Resektionsstumpf und Gelenkpfanne. Er erreichte ein befriedigendes Resultat, insofern seine Pat. den Arm wieder nach vorn und rückwärts bewegen und ihren Beruf als Korsettfabrikantin wieder aufnehmen konnte. Die Abduktion blieb beschränkt.

(Man kann demnach nicht sagen, daß das Resultat ein besseres war, als man es sonst auch ohne Muskelinterposition erzielt. Ref.)

Quénu und P. Delbet betonen in der Diskussion beide, daß ihre Resultate nach Schultergelenkresektion stets im gleichen Sinne zu wünschen übrig ließen: Vor- und Rückwärtsbewegung wurden gut, Abduktion und Rotation des Oberarmes blieben beschränkt.

Reichel (Chemnitz).

35) Quénu. De l'interposition des parties molles entre les surfaces osseuses dans les résections du coude pour ankyloses.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1124.)

Bei einem jungen Manne war es infolge eines schweren komplizierten Bruches des Oberarmes mit gleichzeitigem Bruch des Vorderarmes zu einer vollständigen Ankylose des Ellbogengelenkes mit Atrophie des ganzen Armes gekommen. Durch Resektion des Gelenkes und Interposition eines Stückes der Gelenkkapsel und Aponeurose zwischen Ober- und Vorderarm erzielte Q. ein gutes funktionelles Resultat: Beugung des Vorderarmes bis zum spitzen Winkel, gute, wenn auch nicht vollkommene Streckung, gute Pronation, dabei ziemliche Festigkeit des Gelenkes.

Reichel (Chemnitz).

36) H. Jacobsthal. Deformität des Vorderarmes bei erworbenem Radiusdefekte.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 554.)

J. berichtet aus der Göttinger Klinik drei Beobachtungen, wo in früher Jugend (2.—5. Lebensjahr) der Radius infolge von Tuberkulose oder Osteomyelitis größtenteils verloren gegangen war. Die nach 11—17 Jahren wieder zur Beobachtung gelangenden Pat. zeigten eine schwere und in ihrer Art ganz typische deformierende Wachstumsstörung des Vorderarmes, die genau beschrieben und photo- wie skiagraphisch abgebildet wird. Es handelt sich dabei um folgendes: 1) Verkürzung des Vorderarmes. 2) Verrenkungsstellung der Hand, die in Radialabduktion steht und radial sowie proximal verschoben ist. 3) Dorsalkonvexe Krümmung der Ulna. Im ganzen entspricht die Deformität sehr derjenigen bei kongenitalem Radiusdefekt. Auch nach disloziert geheilten Frakturen, traumatischer Epiphysenlösung, Rachitis,

Wachstumsstörung bei multipler Exostosenbildung kommen ähnliche Deformitäten vor. Ätiologisch ist besonders das verkrümmte Wachstum der Ulna von Interesse, welches darauf zurückzuführen ist, daß der Knochen auf seiner radialen Seite weniger stark wächst. Der Knochen muß sich dann ebenso krümmen wie ein aus zwei verschiedenen Metallen zusammengenieteter »Kompensationsstreifen«, wenn dessen Bestandteile sich in der Wärme verschieden stark ausdehnen (Helferich). Die Funktionsstörung bei den berichteten Beobachtungen war in zwei Fällen unbedeutend und bestand im wesentlichen in einer Beschränkung der Supination, sowie im Fehlen der Ulnarflexion. Im dritten Falle, wo die Radiusepiphyse fehlte, war sie stärker. In kosmetischer Hinsicht ist die Radialflexion der Hand besonders störend. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

37) **Suter.** Zur Kasuistik der Fingertumoren.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 3.)

S. beschreibt die Krankengeschichte eines 39jährigen Pat., der eine Geschwulst am linken Daumen besaß, welche ihm sehr viel Beswerden machte. Die Untersuchung des Präparates nach Exartikulation des zweiten Daumengliedes ergab eine ungleichmäßige mikroskopische Striktur. Stellenweise bestand das Bild eines reinen Fibroms, an anderen Partien fanden sich zahlreiche Zellen, so daß das Bild einen sarkomähnlichen Eindruck machte.

Verf. konstatiert aus der Literatur, daß Fingergeschwülste im ganzen selten sind, und daß man noch am häufigsten ein Sarkom findet. Besonders schmerzhaft sind die subungualen Geschwülste. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

38) **Keen and da Costa.** A case of interilioabdominal amputation for sarcoma of the ilium, and a synopsis of previously recorded cases.

(Internat. clinics Vol. IV. 13. ser.)

Ausführlicher Bericht über einen Fall von Entfernung des linken Beines samt dem größten Teile der linken Beckenhälfte wegen Osteosarcoma pelvis. Tod nach 33 Stunden.

In einer Tabelle werden die 19 bisher veröffentlichten Fälle zusammengestellt mit 6 Heilungen und 13 Todesfällen. Auch die bisher angewandten Operationsmethoden werden beschrieben und die neue, von K. angewandte, näher erläutert.

W. v. Brunn (Rostock).

39) **Köhler.** Röntgenbefund der Hüften bei multiplen cartilaginären Exostosen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 1.)

Verf. beschreibt zum ersten Male einen Fall von multiplen cartilaginären Exostosen der Hüften. Der Kranke war viele Jahre lang von Autoritäten wegen Ischias vergeblich behandelt worden, obwohl das Krankheitsbild nur wenig dem der Ischias entsprach. Erst das Röntgenbild verschaffte Klarheit. Zu gleicher Zeit wurden auch am Knie und an den Vorderarmen des Pat. verschiedene cartilaginäre, dornenähnliche Exostosen festgestellt. **Gaugele** (Breslau).

40) **G. Housel.** De l'ostéotomie oblique sous-trochantérienne dans les ankyloses vicieuses de la hanche et de l'ostéotomie du genou pour ankyloses angulaires.

(Bull. de l'acad. roy. de méd. de Belgique 1904. Nr. 8.)

Nach einem kurzen historischen Überblick von Rhea Barton (1827) bis auf die Neuzeit stellt H. 16 Krankengeschichten aus der Literatur zusammen. Eine eigene Beobachtung bezieht sich auf eine 35 Jahre alte Dame, bei welcher Verf rechterseits die Osteotomia obliqua subtrochanterica, linkerseits die keilförmige Osteotomie des Knies machte. Er erzielte ein sehr gutes Resultat. Sodann folgt eine kritische Besprechung der lineären, keilförmigen, trapezoiden und anderer

Operationsverfahren an der ankylosierten Hüfte. H. spricht sich für die freien, offenen Methoden aus, die subkutanen verwirft er, ebenso die Osteoklasie. Er gibt der schrägen Durchtrennung des Femur vor allem anderen den Vorzug, weil sie die beste Korrektur ermöglicht, die größten Kontaktflächen der Knochen gewährt und die größtmögliche Schiebung der Knochenstücke gegeneinander zuläßt.

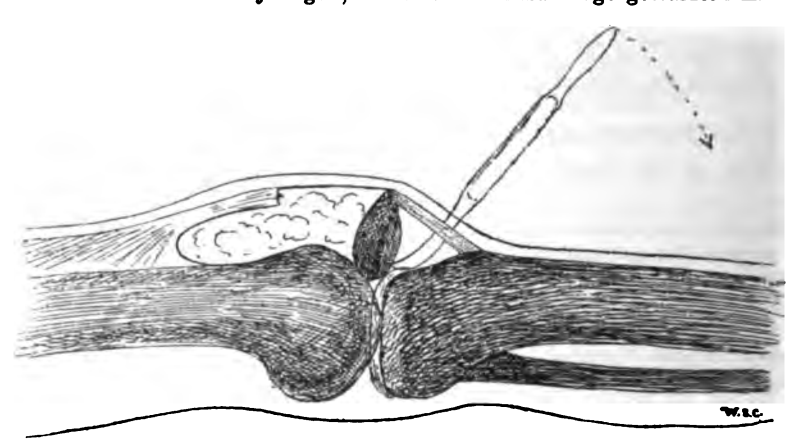
Am Knie scheint ihm die Keilexzision das beste Verfahren.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

41) **Cheesman.** Dislocations of the patella with rotation on its horizontal axis.

(Annals of surgery 1905. Nr. 1.)

Bei Verrenkung und Drehung der Kniescheibe um ihre senkrechte Achse kam sich dieser Knochen um 90° drehen oder um 180°. Im ersteren Falle steht gewöhnlich ein Seitenrand in der Grube zwischen Oberschenkel und Schienbein, im letzteren sieht die knorpelige Fläche der Kniescheibe direkt nach vorn. Seltener sind die Verrenkungen und Drehungen um die horizontale Achse; C. vermochte nur fünf Fälle davon in der Literatur zu finden. Eine sechste von ihm selbst beobachtete derartige Verletzung beschreibt er in der vorliegenden Arbeit. Es handelte sich um einen 13jährigen, aus einem Eisenbahnzuge gestürzten Knaben.



Die um ihre horizontale Achse nach abwärts gedrehte Kniescheibe war zwischen Oberschenkel- und Unterschenkelknochen so fest eingekeilt, daß sie ohne operativen Eingriff nicht zu reponieren war. Aber auch dieser hatte nur dadurch Erfolg, daß ein starkes Messer nach Aufklappen des Gelenkes unter die Patella gesetzt und stark hebelnd nach abwärts gedrückt wurde. Das Heilungsresultat war ein recht günstiges bezüglich der späteren Funktion des Beines. Die übrigen in der Literatur vorhandenen fünf Fälle dieser Verletzung werden vom Verf. kurz in der Arbeit besprochen. Er bezeichnet diese Art Verletzungen als Verrenkung der Kniescheibe nach abwärts mit Drehung um ihre horizontale Achse. **Herhold** (Altona).

42) **Rocher et Saucet.** A propos de la pseudo-tumeur blanche dans l'hérédo-syphilis tardive.

(Gaz. hebdom. de Bordeaux 1904. Nr. 39.)

Verff. beobachteten bei einem 12jährigen hereditär-luetischen Knaben eine Osteoarthritis des Kniegelenkes, welche sich nach einem Fall im Laufe von 6 Jahren entwickelt hatte, vollkommen einem tuberkulösen Tumor albus glich und von verschiedenen Seiten als Tuberkulose behandelt worden war; jedoch wiesen die sonstigen luetischen Zeichen mit Sicherheit auf den wahren Ursprung hin. Bemerkenswert war die Hypertrophie der Epiphysenenden, welche außer der Verdickung auch

eine Verlängerung des Beines herbeigeführt hatte, ein bei Lues seltenes Vorkommnis. Unter antiluetischer Behandlung verschwanden die Verdickungen der Synovialis, und die Erkrankung ging in den Typus der luetischen Arthritis deformans über. **Mohr** (Bielefeld).

43) **J. H. Ray.** A case of enchondroma of the patella.

(Lancet 1905. Januar 21.)

Bei einem 9jährigen, sonst gesunden Knaben bildete sich nach einem Stoß gegen das linke Knie im Laufe von 3—4 Monaten eine Geschwulst am äußeren oberen Rande der Kniescheibe; gleichzeitig bestand ein Erguß des Gelenkes. Die Operation ergab ein Enchondroma patellae von $9^1/_2$ cm Durchmesser, welches mit Knochenzange und Hohlmeißel entfernt wurde. Jetzt, nach 7 Monaten, keinerlei Rezidiv und gute Beweglichkeit des Knies. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

44) **A. Sachs.** Ein seltener Fall von Tibiafraktur. (Absprengungsfraktur aus dem distalen Ende der vorderen Tibiakante.)

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 365.)

Der Verletzte stand 2 m hoch auf einer Leiter. Diese rutschte aus, und er stürzte mit ihr zu Boden, kam aber zwischen die Sprossen auf beide Füße zu stehen. Die hierbei erworbene Schwellung und Schmerzhaftigkeit des Fußgelenkes wurde mit Umschlägen und festem Verbande behandelt, indes bestanden $3^1/_2$ Monate später trotz gymnastischer Nachbehandlung noch folgende Störungen: Behinderte Plantarflexion und Flexion der Zehen, vermehrte Wölbung des Fußes. Weichteilschwellung vorn und hinten am Fußgelenke bei normaler Konfiguration der Knöchel. Röntgen gab folgende Aufklärung: es ist ein dreieckig-keilförmiges Stück aus dem unteren lateralen Ende der Tibia am Fußgelenk ausgesprengt und in nach vorn und außen dislozierter Stellung angeheilt (vgl. fünf skiagraphische, gut erläuternde Figuren). Durch das abnorme Vorspringen dieses Bruchstückes nach vorn werden die vor dem Talocruralgelenk laufenden Sehnen abnorm gespannt und relativ verkürzt, so daß sie der Plantarflexion des Fußes hemmend begegnen und der Tibialis anticus stärker wölbend wirkt. Der mechanische Entstehungsvorgang bei der Verletzung wird in einem Aufschlagen des stark dorsalflektierten Fußes auf den Erdboden zu suchen sein, wobei der nach oben drückende Talushals gegen die Gelenkfläche der Tibia sich aufdrängte. In den kurz angezogenen, spärlichen (fünf), bekannten Parallelfällen scheint die Ätiologie ähnlich gewesen zu sein.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

45) **Johnston.** Complete removal of the shaft of the tibia for osteomyelitis, with restoration of the bone.

(Buffalo med. journ. 1905. Januar.)

J. berichtet über sechs Fälle von vollständiger oder fast vollständiger, meist sekundärer subperiostaler Entfernung der Tibia nach akuter Osteomyelitis. Aus den Krankengeschichten der zum Teil nach Jahren nachuntersuchten Fälle und den beigegebenen Photographien und Röntgenbildern erhellt, wie vollkommen die Neubildung der Tibia nach Länge und Form vom Periost aus erfolgen kann, und wie dementsprechend auch die spätere Funktion ausgezeichnet sein kann. Verkürzung und Deformität wurden nur in Fällen beobachtet, wo die Epiphysenlinien zerstört waren und mit fortgenommen werden mußten. Bei sämtlichen Pat., alles Knaben von 5—13 Jahren, wurde eine kompensatorische Hypertrophie der Fibula beobachtet. (10 Abbildungen.) **Mohr** (Bielefeld).

46) **Monro.** Two cases of muscular atrophy of the peroneal type.

(Glasgow med. journ. 1905. Januar.)

Mit Bezugnahme auf das von C h a r c o t und M a r i e einerseits und T o o t h andererseits 1886 publizierte Krankheitsbild der juvenilen familiären progressiven Muskelatrophie, als deren Ursachen nicht zentrale, sondern periphere Störungen

anzusehen sind, berichtet M. über zwei Fälle eigener Beobachtung, Geschwister von 10 bezw. 13 Jahren, Schwester und Bruder. Bei letzterem trat eine zunehmende Peroneusparese ohne vorangegangene Krankheit im 5. Lebensjahre auf, bei ersterer im 3. Lebensjahr in gleicher Weise, hier aber nach Masern.

Die Affektion war beide Male doppelseitig.

Über die Therapie ist nichts erwähnt. **W. v. Brunn** (Rostock).

47) **Auban.** Fracture oblique, isolée et abritée de l'astragale sans luxation.

(Arch. de méd. et de pharm. milit. 1905. Nr. 1.)

Nach einem Sprung entstand bei einem Unteroffizier eine Anschwellung des rechten Fußgelenkes, ohne daß abnorme Stellung oder Krepitation nachzuweisen war. Unter Ruhe und Massage schwanden die schmerzhaften Erscheinungen, doch vermochte der Verletzte nur mit leichter Equino-varus-Stellung zu gehen. Erst nach einigen Monaten konnte ein Röntgenbild gemacht werden, und da zeigte sich, daß es sich um einen Schrägbruch des Sprungbeines handelte, der den Hals und den Körper des Talus trennte. Die beiden Bruchstücke waren nach vorn und hinten etwas auseinander gewichen; in der hierdurch entstandenen Vertiefung standen die Unterschenkelknochen. Da die Gelenkfläche des Sprungbeines unversehrt geblieben war, konnte der Fuß in normaler Weise gebeugt und gestreckt werden; der Verletzte konnte ganz gut gehen, nur belastete er mehr den äußeren Fußrand als den inneren. Verf. glaubt, daß die Fraktur durch Einwirken des Körpergewichtes auf den Talus bei Auswärtsrotation des Fußes zustande gekommen sei. Von einem chirurgischen Eingriffe wurde Abstand genommen.

Herhold (Altona).

48) **Demoulin.** Luxation cunéo-scaphoïdienne et cuboïdo-calcanéenne.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1209.)

Dem Pat. D.'s war das Rad eines schwer bepackten Wagens über den Fuß gegangen. Die Verletzung wurde im Anfange verkannt. Durch Skiagraphie stellte D. nach mehreren Wochen fest, daß es sich um eine Verrenkung der drei Keilbeine und des Würfelbeines (gegenüber dem Kahnbein und Fersenbein) nach außen handelte, ohne daß die verrenkten Knochen auf der Dorsal- oder Plantarseite des Fußes irgendwie vorragten. Ein erbsengroßes vom ersten Keilbein abgerissenes Knochenstückchen war am Kahnbein hängen geblieben. Die Achse des Metatarsus bildete mit der rechten des Tarsus einen nach innen offenen stumpfen Winkel, dessen Scheitel dem äußeren Rande des Würfelbeines entsprach.

Reichel (Chemnitz).

49) **P. Delbet.** Arthrodèse de l'articulation médio-tarsienne.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1207.)

Bei einem 16jährigen Manne, der seit 2 Jahren an sehr heftigen Tarsalgien litt, keinen Plattfuß, nur einen geringen Grad von Pes valgus hatte, dessen Füße aber durch Kontrakturstellung völlig unbeweglich geworden waren, entschloß sich D., nachdem alle anderen üblichen Behandlungsmethoden im Stiche gelassen hatten, das schmerzhafte Gelenk zwischen Calcaneus und Cuboideus durch Arthrodese zu versteifen. Das Resultat dieser zunächst am rechten Fuß ausgeführten Operation war zwar kein vollkommenes, aber doch so befriedigend, daß Pat. selbst die Operation auch am anderen Fuße wünschte. An diesem beschränkte D. den Eingriff nicht auf das genannte Gelenk, sondern dehnte ihn auf das ganze Chopart'sche Gelenk aus. Der Erfolg war zunächst ein sehr guter. (Die bis zur Zeit der Veröffentlichung verstrichene Frist war freilich viel zu kurz — erst 6 Wochen —, als daß man von Radikalheilung reden darf.) **Reichel** (Chemnitz).

50) G. Fischer. Zur Luxation der Keilbeine.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIII. p. 438.)

F. beobachtete im Stadt-Hannoverschen Krankenhause in Linden bei einem 55jährigen Schlosser eine Verrenkung des linken I. Keilbeines nach oben und innen. Pat. ging in weichen Pantoffeln eine Treppe hinab, trat auf die Kante der drittletzten Stufe und glitt aus. In demselben Augenblicke, wo er eine Anstrengung machte, um nicht zu fallen, und schließlich noch das Geländer faßte, hatte er einen starken Schmerz mit Wärmegefühl am linken Fuß und konnte nicht auftreten. Die Reposition der leicht erkennbaren Verrenkung, versucht mittels Plantarflexion, Abduktion und Daumendruck, mißlang. Als nach 8tägiger Hochlagerung und Eisapplikation ein zweiter Repositionsversuch wieder mißlang, wurde das I. Keilbein exstirpiert. Es folgte eine intensive Phlegmone, die, vielfache Inzisionen erfordernd, erst nach 3 Monaten ausheilte. Indes ergab eine 7 Jahre später erfolgte Nachuntersuchung, daß das Endresultat gut geworden war. Pat. hatte einen vorzüglich funktionierenden Fuß und war völlig arbeitsfähig.

Keilbeinverrenkungen sind recht selten. F. stellt 26 Fälle zusammen. Am häufigsten verrenkt das I. Keilbein, etwa in der Hälfte der Fälle. Es folgen das I. mit dem Metatarsus, das II., während andere Verrenkungsformen nur in Einzelbeobachtungen vorliegen. Die Verletzung kann durch direkte und indirekte Gewalt erfolgen; eine Rolle spielt bei ihr der M. tibialis anticus, dessen Sehne sich am I. Keilbein ansetzt und dessen Zug die Verrückung dieses Knochens begünstigt. Besonders interessant ist die Entstehung der Verrenkung durch unvermutetes Tiefertreten, wovon vier Fälle bekannt geworden sind. Der Kranke hält, um sich beim Ausgleiten nach vorn vor einem Falle zu schützen, instinktmäßig den Körper zurück, wobei das Körpergewicht auf den Tarsus drückt und ihn fixiert. Gleichzeitig sucht die Fußspitze nach einem Stützpunkt auf dem Boden, indem der Vorfuß eine möglichst starke Plantarflexion macht. Hierbei reißen die Dorsalbänder ein, der Tibialis anticus zieht scharf an, und die Verrenkung erfolgt. Fast immer handelt es sich um Verrenkungen nach oben oder oben und innen. Die Reposition mißglückte etwa in der Hälfte der Fälle. Plantarflexion und Druck, sodann auch nach Busch ein Klaffendmachen der Lücke, aus der das betreffende Keilbein entwichen ist, dienen der Reposition. Bei mißlingender unblutiger Reposition könnte solche auf blutigem Wege versucht werden. In veralteten Fällen können die Gehbeschwerden, zumal bei gutem Schuhwerk, erträglich sein. Eine Keilbeinexstirpation ist außer von F. auch von Nélaton gemacht.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

51) Cramer. Metatarsus varus congenitus.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd. II. Hft. 3.)

Verf. beschreibt eine Verbiegung der rechten Mittelfußknochen nach innen und unten. Der Metatarsus I ist normal, nur im Gelenke mit dem Cuneiforme I medianwärts subluxiert. Metatarsus II—V sind nicht, wie es der Norm entspricht, gerade Knochen, sondern bilden einen nach oben und außen konvexen Bogen. Ihre distalen Köpfchen mit den Zehen sind hierdurch der Mittellinie in abnorm auffälliger Weise genähert. Ferner verlaufen die Mittelfußknochen in ihrer peripheren Partie nicht parallel, sondern weichen fächerförmig auseinander.

Die Ätiologie dürfte sich mit derjenigen der kongenitalen Klumpfüße ungefähr decken.

Da eine derartige Abbiegung des Mittelfußes nach innen bisher als eigenartige angeborene Mißbildung kaum beschrieben ist, sondern nur im Gefolge von Genu valgum und angeborenen Fußdeformitäten, so schließt Verf. daraus, daß sie sehr selten und praktisch ohne Interesse ist.

(Bei einem Falle von Fraktur des Metatarsus V konnte Ref. dieselbe Abbiegung des Metatarsus beobachten. **Hartmann** (Kassel).

Zur Polemik des Herrn Dr. A. Freudenberg und Dr. Lohnstein über ein neues Ureterenkystoskop.

Von

Dr. A. Bremer, Linz a. D.

Herr Dr. Freudenberg schreibt in seiner Erwiderung gegen Herrn Dr. Lohnstein in Nr. 10 d. Bl.:

»Konstatiere ich außerdem noch, daß weder Lohnstein, noch sonst jemand jemals etwas über ein Ureterenkystoskop publiziert hat, bei dem das Prinzip aufgestellt und verwirklicht ist, die Ureterenkatheter auf der der Konvexität des Schnabels entsprechenden Seite des Schaftes heraustreten zu lassen (NB. das ist das Wesentliche meines ersten Prinzipes!), so darf ich wohl Lohnstein's Prioritätsreklamation mit aller Berechtigung zurückweisen.«

Zufällig ist das erste Ureterenkystoskop, welches Instrumentenmacher Leiter in Wien nach meinen Angaben konstruiert hat, genau nach dem genannten Prinzipe gebaut, und Herrn Freudenberg ist die Abbildung in Leiter's Katalog vom Jahre 1889, sowie die Beschreibung desselben bei Leop. Casper: Die diagnostische Bedeutung des Katheterismus der Ureteren, Berlin 1896 und an verschiedenen anderen Stellen, z. B. bei Mainzer, Berliner klin. Wochenschrift 1896 Nr. 49 oder Kolischer und Schmidt, The journ. of the amer. med. assoc. 1901 entgangen.

Diese Form des Ureterenkystoskops, bei der der Ureterenkatheter auf der der Konvexität des Schnabels entsprechenden Seite des Schaftes heraustritt, ist somit die älteste und der Zahl nach die erste gewesen (1888), also kein neues Prinzip mehr.

XXXIV. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

26. bis 29. April 1905.

In Ergänzung des Einladungs-Rundschreibens vom 17. Januar 1905 und ohne dem ausführlichen und definitiven Programm vorzugreifen, welches vom 25. April ab in Berlin zur Verteilung gelangen wird, erlaube ich mir, den Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zur vorläufigen Orientierung folgendes jetzt schon mitzuteilen:

Je zu Beginn einer Sitzung wird eines der Hauptthemata behandelt werden, welche in dem Einladungs-Rundschreiben, als für die Diskussion geeignet, in Aussicht genommen worden sind, und zwar:

Mittwoch, 26. April, nachmittags: Das Thema der operativen Behandlung der Appendicitis.

Donnerstag, 27. April, vormittags: Das Thema der Nierendiagnostik und Nierenexstirpation.

Freitag, 28. April, vormittags: Das Thema der postoperativen Pneumonie.

Sonnabend, 29. April, vormittags: Das Thema der Behandlung der Patella-Fraktur.

Den Diskussionen gehen jeweils einleitende Vorträge voraus, für welche der Vorsitzende eine längere Redefreiheit gestattet hat; dann folgen die für die Diskussion angemeldeten Redner.

Ferner wird den Mitgliedern des Kongresses Gelegenheit geboten werden, das Bier'sche Verfahren der Stauungshyperämie in seiner Einwirkung auf

akut entzündliche Krankheitsprozesse während der Zeit vom 26.—29. April kennen zu lernen, indem Herr Bier sich bereit erklärt hat, eine genügende Anzahl von geeigneten Kranken in der von Bergmann'schen Klinik nach seiner Methode zu behandeln und zu demonstrieren; er erhält das Anfangs- und Schlußwort bei den wissenschaftlichen Verhandlungen des Kongresses.

Weitere Ankündigungen, welche auf die Tagesordnung gesetzt sind, betreffen die Gebiete der Hirnchirurgie, der osteoplastischen Operationen am Schädel und im Gesicht (Krönlein'sche Orbitalresektion), der Tracheo-Bronchoskopie nach Killian, der Lungen-, Leber-, Magen-, Darm-, Gallenwege-, Pankreas-Chirurgie. — Weiter wird die Rückenmarksanästhesie nach Bier zur eingehenden Besprechung gelangen; ebenso die Prostatektomie und die Pathologie und Chirurgie der Harnblasengeschwülste.

Damit auch bei diesen Vorträgen da, wo es wünschenswert erscheint, für die Diskussion genügend Zeit gewonnen werde, richte ich an alle Redner die dringende Bitte, die Bestimmungen der neuen Geschäftsordnung, insbesondere die in § 5 derselben normierte Redefrist, strikte beachten zu wollen. Um solches dem Redner zu erleichtern, wird von dem Vorsitzenden jeweils eine Minute vor Ablauf dieser Frist ein Mahnzeichen mit der Glocke gegeben werden.

Zum Schlusse bitte ich, Briefe und Zusendungen an mich vom 1. April ab an die beistehende Adresse (Prof. Dr. Krönlein, Savoy-Hôtel, Berlin N. W., Friedrichstraße 103) senden zu wollen.

Zürich, 22. März 1905.

R. U. Krönlein,
Vorsitzender für das Jahr 1905.

IV. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie.

Dienstag, den 25. April 1905, *vormittags 9 Uhr*[1].

1. Hauptthema: **Die Mechanik der Skoliose.**

Referenten: Herr Schulthess-Zürich, Herr Schanz-Dresden, Herr Lovett-Boston.

2. Herr Riedinger-Würzburg: Über die mechanische Entstehung der Skoliose.

3. Herr Spitzy-Graz: Rachitis und Frühskoliose.

4. Herr Ludloff-Breslau: Exakte Meßvorrichtungen der Beweglichkeit der Wirbelsäule und des Kopfes.

5. Herr Joachimsthal-Berlin: Skoliotische Veränderungen der Halswirbelsäule beim muskulären Schiefhals.

6. Herr v. Hovorka-Wien: Beitrag zur hysterischen Skoliose.

7. Herr Muskat-Berlin: Über hysterische Skoliose.

8. Herr Immelmann-Berlin: Über die Skoliose nach Ischias und deren Behandlung.

9. Herr Stein-Wiesbaden: Zur Technik der photographischen Skoliosenmessung.

10. Herr Heusner-Barmen: Demonstration eines neuen Skoliosenapparates mit Krankenvorstellung.

11. Herr Gerson-Berlin: Zur Technik des Gipskorsetts.

12. Herr Legal-Breslau: Redressionsapparat für Deformitäten der Wirbelsäule.

13. Herr Fröhlich-Nancy: Abnorme Formen von Blutergelenken.

14. Herr v. Aberle-Wien: Subkutane Osteotomie.

---

[1] *s. d. Bl. p. 208.*

15. Herr Werndorff-Wien: Eine neue Methode in der Diagnostik der Gelenkerkrankungen.

16. Herr Drehmann-Breslau: Deformitäten nach Gelenkentzündungen im frühesten Säuglingsalter.

17. Herr Wittek-Graz: Halbseitige Wachstumsstörung infolge von Knochentumoren.

18. Herr Bum-Wien: Zur unblutigen Behandlung der Gelenksteife.

19. Herr Böcker-Berlin: Über paralytische Luxationen der Hüfte.

Nachmittagssitzung 2 Uhr.

Generalversammlung. Wahl des Vorstandes für 1906.

20. Herr Spitzy-Graz: Weitere Erfahrungen über Nervenplastik.

21. Herr Drehmann-Breslau: Operative Behandlung der ischiämischen Muskelkontrakturen (Demonstration).

22. Herr Kölliker-Leipzig: Demonstration eines Kranken mit angeborener Verrenkung der Schulter.

23. Herr Perthes-Leipzig: Zur Pathologie und Therapie der angeborenen Knieluxation mit Vorstellung von Fällen.

24. Herr Helbing-Berlin: Über angeborene Kniegelenkskontrakturen und Luxationen.

25. Herr Gocht-Halle: Demonstration eines portativen Apparates zur Streckung von Kniegelenkskontrakturen.

26. Herr Gocht-Halle: Anatomische Untersuchungen aus dem Bereich des kongenital verrenkten Hüftgelenks.

27. Herr Bade-Hannover: Verbandtechnik bei der unblutigen Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung.

28. Herr Roskoschny-Wien: Zur Therapie der Coxa vara.

29. Herr Cramer-Köln: Gipsverbandbehandlung bei Ischias.

30. Herr Koch-Hagen: Zur Technik der Quadricepsplastik.

31. Herr Franke-Braunschweig: Zur Behandlung des kongenitalen Fibuladefektes.

32. Herr Joachimsthal-Berlin: Über Metatarsus varus.

33. Herr Müller-Stuttgart: Operative Behandlung des Plattfußes.

34. Herr Gocht-Halle: Sehnenoperation beim Pes plano-valgus.

35. Herr Helbing-Berlin: Über seltene Fußdeformitäten.

36. Herr Drehmann-Breslau: Zur Technik des Klumpfußverbandes.

37. Herr Schultze-Duisburg: Zur Behandlung des Klumpfußes.

Abendsitzung $8^1/_2$ Uhr.

38. Herr Wullstein-Halle: Zur pathologischen Anatomie der Spondylitis (mit Projektionen).

39. Herr Ludloff-Breslau: Zur Anatomie der Wirbelsäule.

40. Herr Legal-Breslau: Eine neue Beckenstütze.

Einfacher Lagerungsapparat zur Behandlung von Gelenkerkrankungen und Frakturen der unteren Extremität.

41. Herr Deschmann-Wien: Über chronische Arthritis ankylopoetica der Wirbelsäule. Beitrag zu deren Behandlung.

Event. die in der Vor- und Nachmittagssitzung nicht erledigten Vorträge.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

// Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 16. Sonnabend, den 22. April. 1905.

Der ektopische Testikel.

Von

Prof. **Lanz** in Amsterdam.

Wenn wir vom ektopischen Hoden schlechthin sprechen, so bezeichnen wir damit im allgemeinen jeden Testikel, der nicht an seiner normalen Stelle im Skrotum unten sitzt. Wir bleiben uns dabei bewußt, daß aus theoretischen und praktischen Gründen die eigentliche Ectopia testis, d. h. die Deviation des Organes von seinem normalen Wege, gesondert werden muß von der Retentio testis, dem Kryptorchismus, bei welchem das Organ irgendwo auf seinem beim normalen Descensus eingeschlagenen Wege stecken geblieben ist.

Die Retention tritt der Ektopie gegenüber schon ihrer Frequenz wegen stark in den Vordergrund: ... unter 750 19jährigen Rekruten fand ich die relativ große Zahl von 5 Monorchisten (3 rechtsseitige, 2 linksseitige).

Die Angabe von Curling, wonach ein Testikel, dessen Descensus nicht innerhalb des ersten Lebensjahres erfolge, dauernd ektopisch bleiben solle, ist von verschiedenster Seite widerlegt worden; ich selbst habe den Fall erlebt, wo bei einem Kryptorchisten die beiden Hoden sich erst mit Beginn der Pubertät am vorderen Leistenringe meldeten und allmählich bis in den Skrotalhals herunterstiegen, allerdings von doppelseitiger Hernie gefolgt, so daß schließlich doch noch orchidopexiert und radikal operiert werden mußte.

Die Ätiologie des Leidens liegt noch völlig im Unklaren. Sicher ist das familiäre Vorkommen desselben: ich selbst verfüge über zwei Fälle, die je zwei Brüder betrafen. Auch auf Grund der autoptischen Befunde bei der Operation läßt sich über die Ätiologie nichts Sicheres aussagen. Bei einer Gesamtzahl von 51 Operationen war ich bis jetzt nie in der Lage, stärkere peritoneale Adhäsionen zu konstatieren, die auf überstandene fötale Peritonitis hinweisen würden. Doch läßt sich allerdings, nach Lösung des Processus vaginalis vom Samenstrange, der Hoden jeweilen auf einmal weiter vorziehen. Definitiver Verlagerung des Organes in den Fundus scroti stellt sich bei hoher Retention niemals das Vas deferens, wohl aber die Kürze der Gefäße gelegentlich in den Weg. — Fast ausnahmslos zeigt die Geschlechtsdrüse schon makroskopisch auffällige Veränderungen: sie ist kleiner, schlaffer, manchmal vollkommen atrophisch, und der stets gut entwickelte Nebenhoden ist in ganz charakteristischer Weise vom Hoden abgehoben. Da es nicht abzusehen ist, warum der abdominal zurückgehaltene Hoden in ungünstigerer Nerven- oder Gefäßversorgung sein sollte als der im Skrotum liegende, so ist es wahrscheinlich, daß die schon im makroskopischen Verhalten des Organes zum Ausdrucke kommende Entwicklungshemmung als solche auch der Grund des unvollkommenen Descensus ist.

In dem 5. Teile, d. h. in 11 meiner Fälle, habe ich, wegen ausgesprochenster Atrophie oder Unmöglichkeit gesicherter Verlagerung, die einseitige Kastration ausgeführt. Die mikroskopische Untersuchung der dabei gewonnenen Präparate hat im allgemeinen die von Hansemann[1] und anderen Untersuchern erhobenen Befunde bestätigt. In einem einzigen meiner Fälle, wo der Hoden schon makroskopisch sich der Norm näherte, konnte ich aktive Spermatogenese nachweisen. Die Albuginea ist ausnahmslos verdickt, in einzelnen Fällen auf das 3—5fache ihrer normalen Dicke, das Zwischenbindegewebe manchmal kaum, manchmal so stark vermehrt, daß die spärlichen Samenkanälchen nur noch als vereinzelte Inseln in demselben herumliegen. Die sog. interstitiellen Zellen, die mit Recht oder Unrecht mit der

---

[1] Archiv für pathologisch Anatomie 1895. Bd. CXIII.

»inneren Sekretion« des Organes in Zusammenhang gebracht werden und beim Erwachsenen fehlen, bleiben erhalten und sind in einem meiner Präparate auffällig stark vermehrt. Das Epithel der Samenkanälchen zeigt keine deutliche Differenzierung; die Samenkanälchen selbst sind meist mit einer homogenen Masse ausgefüllt, welche sich mit Eosin gut färbt.

Von ganz besonderem Interesse scheint mir aber der folgende Befund zu sein: Bei den mit Hämatoxylin-Eosin gefärbten Präparaten war in einem derselben schon makroskopisch, in einem anderen — ebenfalls vom Erwachsenen stammenden Organ — bei Lupenvergrößerung ein intensiv blau gefärbter Punkt wahrzunehmen, der in auffälliger Weise gegen die übrige, rötlich gefärbte Schnittfläche kontrastierte. Mikroskopisch erwiesen sich diese Stellen als Drüsenknäuel, deren Epithel einen von demjenigen der umgebenden Tubuli völlig verschiedenen Typus aufwies: Die Zellen kleiner, dichter aneinander stehend, mit Hämatoxylin stärker gefärbt; die Kerne länglich statt rundlich und viel chromatinreicher.

Eine solche Einsprengung atypischer Drüsenepithelien scheint mir namentlich im Hinblick auf die Cohnheim'sche Theorie von der Rolle der Keimverlagerung bei der Genese der malignen Tumoren von besonderer Wichtigkeit zu sein. Von ganz besonderem Werte gerade bei dem ektopischen Hoden, dessen Prädisposition für maligne Degeneration früher — so auch von Kocher — behauptet, in der letzten Zeit bestritten worden ist. Unser Befund verleiht der Annahme einer besonderen Neigung des ektopischen Testikels zu maligner Erkrankung einen positiven Hintergrund.

Ärztliche Hilfe suchen die Pat. gewöhnlich nicht wegen des Kryptorchismus an sich, meist wegen der diesen Zustand begleitenden Komplikationen auf. Die häufigste derselben ist die Hernienbildung: in meinen sämtlichen Fällen war der Processus vaginalis in ganzer Ausdehnung offen, bestand also mindestens eine peritoneale Herniendisposition, meist aber manifeste Hernienbildung. Ein Fall von Leistenhoden kam mir als Notfall zu, bei welchem Achsendrehung des Samenstranges eine inkarzerierte Hernie vorgetäuscht hatte. Auffällig selten bin ich Klagen sexueller Natur begegnet, während in der Literatur diese Folgeerscheinung des Kryptorchismus vielfach betont, ja sogar der Monorchist mit dem Klophengste verglichen wird.

Obschon ich mehrfach konstatieren konnte, daß nach Entfernung eines ektopischen Hodens der andere im unmittelbaren Anschluß an die Operation deutlich größer wurde, was auf einen gewissen funktionellen Wert des verloren gegangenen rückschließen lassen könnte, möchte ich mich doch der Auffassung derjenigen Kollegen anschließen, welche bei ausgesprochener Atrophie des einseitig zurückgehaltenen Organes die Kastration als Normalverfahren ansehen. Dies nicht nur im Hinblick auf die Sicherheit der begleitenden Radikaloperation, auf die Häufigkeit der Rezidive nach Orchidopexie, sondern auch im Hinblick auf die oben erwähnten atypischen Epithelwucherungen. So

kommt es, daß ich von 14 Fällen von Retentio testis, die ich im Laufe der beiden letzten Jahre operativ behandelte, sechsmal die Kastration ausführte, also beinahe in der Hälfte der Fälle. Wobei ich ausdrücklich bemerke, daß ich bei Kindern in der ersten Dekade nur ausnahmsweise operiere, sondern meist zur Massage rate, zum Ausstreichen des Leistenkanales mit allmählichem Herunterziehen des Testikels. In 8 von diesen letzten 14 Fällen führte ich ein eigenes Operationsverfahren aus, das ich als Extensio testis bezeichnen möchte: Nach Spaltung der vorderen Wand des Leistenkanales wird der Processus vaginalis eröffnet, der Hoden am vorderen Leistenringe zum Vorschein gebracht, zentral von demselben der Processus vaginalis vom Samenstrange gelöst, abgeschnitten und als Bruchsack behandelt. Nun wird der Samenstrang, soviel es die Vorsicht erlaubt, gedehnt, dann die hintere Wand des Leistenkanales nach Bassinischem Prinzipe rekonstruiert. Hierauf wird entlang dem Gubernaculum Hunteri eine Kocher'sche Kropfsonde in die öfters kaum vorhandene Skrotalhälfte heruntergeführt, dieselbe möglichst gedehnt und auf der Kropfsonde im Fundus scroti ein minimales Knopfloch durch Haut und Tunica dartos angelegt. Durch dasselbe wird eine Arterienklemme emporgeführt und der Hoden an einer ans Gubernaculum in der Nähe des unteren Hodenpoles gelegten Fadenschlinge heruntergeholt. Diese Fadenschlinge wird zu der mittels einer Knopfnaht zu schließenden kleinsten Skrotalboutonnière herausgeleitet und entweder an der Innenfläche des betreffenden Oberschenkels mit einem Heftpflasterstreifen fixiert, oder aber an einen zwischen die leicht gespreizten Oberschenkel eingelegten, mittels Gipsbinde fixierten Querbalken gebunden. Die vordere Wand des Kanales ist geschlossen, die fortlaufende Hautnaht mit einem Kollodialstreifen, die Skrotalboutonnière mit Wismutbrei geschützt worden.

Nachdem ich in einem hochgradigen Falle konstatieren mußte, daß das Gubernaculum sich dehnt, nachdem mir in einem anderen Falle der zur Extension verwandte dicke Catgutfaden vorzeitig losließ, habe ich gelegentlich die Albuginea des unteren Hodenpoles direkt an die Fadenschlinge gelegt und zu der letzteren mich eines elastischen Bandes bedient, welches zudem einen anhaltenden, gleichmäßigeren Zug sichert. — Bis jetzt habe ich, nach persönlichen mißlichen Erfahrungen mit der Orchidopexie, allen Grund, mit dieser elastischen Extensionsbehandlung des ektopischen Hodens zufrieden zu sein.

---

1) **L. Krehl.** Pathologische Physiologie, ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Dritte neu bearbeitete Auflage.

Leipzig, **F. C. W. Vogel,** 1904.

K., der in seinem 1893 herausgegebenen Grundriß der allgemeinen klinischen Pathologie zum ersten Male den gut gelungenen Versuch gemacht hat, »die Vorstellungen, welche wir uns gegenwärtig über die

Funktionsstörungen der Organe bilden können, für die Studierenden zusammenzufassen«, hat sein Werk jetzt unter obigem Titel ganz bedeutend erweitert und vermehrt — beträgt der Umfang doch weit über das Doppelte der ersten Auflage — erscheinen lassen, um in gleicher Weise »wie die Physiologie die normale Funktion der Körperorgane darlegt, das Verhalten eben dieser Organe unter pathologischen Verhältnissen auseinanderzusetzen«. Er bietet damit eine sehr erwünschte Ergänzung der Werke der allgemeinen Pathologie und speziellen pathologischen Anatomie.

Es geht natürlich nicht an, hier das Werk eingehender zu besprechen, es ist aber vielleicht nicht überflüssig, die von seinem Verf. besprochenen Hauptgruppen zu erwähnen. Der Kreislauf — die besondere Domäne K.'s —, das Blut, über Infektion und Immunität, die Atmung, die Verdauung, die Ernährung und der Stoffwechsel, die quantitativen Störungen des Stoffwechsels der Kohlehydrate, der Stoffwechsel der Purinkörper und die Gicht, das Fieber, die Harnabsonderung, das Nervensystem sind die Titel der Hauptabteilungen. Sie lassen ahnen, was das Buch bieten kann. Die Erwartungen, mit denen man an es herantritt, werden aber vollständig erfüllt. Es enthält eine große Menge von Wissen und Kenntnissen, und man gewinnt die Überzeugung, daß die Literatur, über die man sich übrigens in dem Werke sehr gut orientieren kann, auf das sorgfältigste durchforscht ist. Und mit der Berücksichtigung aller aus ihr zusammengetragenen und durch eigene und seiner Schüler Forschungen gewonnenen Einzelheiten verbindet der ausgezeichnete Kliniker eine so vollkommene Beherrschung des gewaltigen Stoffes, daß das Buch wie aus einem Gusse gearbeitet erscheint. Es ist ohne jede Weitschweifigkeit in oft lapidarem, aber immer durchsichtigem, klarem Stile geschrieben und wirkt einerseits sehr überzeugend durch die scharfe und offene Kritik und Betonung der Grenzen unseres jetzigen Wissens, berührt andererseits sehr wohltuend durch die neidlose Anerkennung und Hervorhebung fremder Leistungen.

Wie es für den Ref. ein großer Genuß war, in dem vorzüglichen Werke zu lesen, so wird es sicher Niemand, der für die in ihm abgehandelten Gegenstände Interesse hat, also jeder echte Arzt, ohne Befriedigung aus der Hand legen.

Wenngleich im ganzen mehr für den inneren Mediziner berechnet, hat das Buch, das durchaus nicht nur die Theorie pflegt, sondern auch in jeder Weise mit der Praxis Fühlung nimmt, doch auch für den reinen Chirurgen Wert. Er kann kaum in geeigneterer Weise seine Kenntnisse über die durch die obigen Überschriften umgrenzten Fragen auffrischen und erweitern, wird aber mit besonderem Interesse die Erörterungen über das Blut (Leukocytose, Leukopenie), über Infektion und Immunität, die Tätigkeit und Leistung des kranken Magens und der sonstigen Verdauungsorgane, die der Schilddrüse, die Auseinandersetzungen über das Fieber, in dem Kapitel über die Nervenkrankheiten

aber besonders die über Hirndruck, Hirnerschütterung, über die Reflexe und Kontrakturen lesen.

Wie wichtig die Kenntnisse der pathologischen Physiologie gerade jetzt im Zeitalter der Versicherungen sind, sagt K. sehr zeitgemäß in folgenden Worten der Einleitung: »Es ist vielleicht nicht überflüssig, auch an dieser Stelle daran zu erinnern, daß vom Arzte manche in theoretischer Beziehung kranke Leute für das praktische Urteil als gesund angesehen werden dürfen. Jetzt, da wegen der Entschädigungsfragen Funktionsstörungen geradezu gepflegt werden, muß, wenn nicht jede Energie des Menschen zugrunde gehen soll, seitens des Arztes für die Frage der Leistungsfähigkeit scharf die praktische Seite betont werden«.

Ein sorgfältig zusammengestelltes Register erleichtert das Aufsuchen bestimmter Artikel. Die Ausstattung ist die bekannte gute des Verlages.

Felix Franke (Braunschweig).

---

2) **Oppenheim.** Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 2 Bde.

Berlin, **S. Karger,** 1905. 1447 S. mit 393 Abb.

Wenn hier auch nicht der Ort ist, das vorliegende Werk in allen Einzelheiten zu besprechen, so bietet es doch für den Chirurgen so viel Interessantes, daß eine kurze Besprechung in diesen Blättern gerechtfertigt erscheint. Was in dem allgemeinen Teil über die Art der Untersuchung und die allgemeine Symptomatologie gesagt ist, kann dem Chirurgen ebensowohl wie dem inneren Mediziner zu ausführlichster Orientierung über diese Gebiete dienen. In dem speziellen Teile werden zunächst die Erkrankungen des Rückenmarkes abgehandelt. Von diesen dürften hier am meisten die durch Wirbelerkrankungen und -verletzungen bedingten Interesse erregen, mehr durch die Ausführlichkeit in der Schilderung der nervösen Symptome, als durch neue chirurgische Gesichtspunkte. In vielen Fällen von Unfallverletzungen gibt uns die Hämatomyelie oder Apoplexia medullae spinalis künftighin vielleicht den Schlüssel für bisher unerklärliche Folgezustände, nachdem in den letzten Jahren das isolierte Vorkommen von Blutungen in die Marksubstanz ohne sonstige Verletzungen sicher festgestellt ist. Bei der Besprechung der Geschwülste des Rückenmarkes erweckt unser besonderes Interesse der Umstand, daß es in der letzten Zeit wiederholt gelungen ist, durch das Zusammenarbeiten von Nervenspezialisten und Chirurgen isolierte Geschwülste genau zu lokalisieren und mit Erfolg zu entfernen. Das Gebiet der peripherischen Lähmung ist so eng mit chirurgischen resp. orthopädischen Maßnahmen verknüpft, daß die betreffenden Kapitel unter gewisser Modifikation ebenso gut in einem chirurgischen Lehrbuche sich finden könnten.

Im zweiten Bande dürften die Kapitel über die Neurosen, die Erkrankungen des Sympathicus, die Angioneurosen und Trophoneurosen, sowie die Intoxikationszustände mit hervorragender Beteiligung des Nervensystems im allgemeinen weniger das Interesse des Chirurgen verdienen, während das Kapitel über die Krankheiten des Gehirns bei

dem immer weiteren Fortschreiten der Gehirnchirurgie unsere lebhafteste Aufmerksamkeit verdient. Vor allem die Lokalisationslehre, die uns mit den neuesten Ergebnissen in der Erforschung dieses Gebietes bekannt macht, und die allgemeine Symptomatologie der Hirnkrankheiten sind für den Chirurgen fast ebenso wichtig wie für den inneren Kliniker. Unter den Erkrankungen der Hirnsubstanz dürften für ihn die Abschnitte über Hirnabszeß, Thrombose der Hirnsinus, Tumoren des Gehirns und Aneurysmen der Gehirnarterien am wichtigsten sein.

Dettmer (Bromberg).

---

3) **Henke.** Pathogene Hefen und Tumorbildung.

(Verhandl. der deutschen pathologischen Gesellschaft Berlin 1904.)

H. hat gemeinsam mit Miodowski nachgeprüft, ob sich mit den Hefekulturen Leopold's und mit dem »Saccharomyces neoformans« Sanfelice's wirklich echte bösartige epitheliale Neubildungen im Tierversuch erzeugen lassen, und hat dabei besonderen Wert darauf gelegt, daß die eingespritzten beträchtlichen Mengen der Kulturemulsion, die in die Bauchhöhle und die Hoden und unter die Haut verimpft wurden, möglichst viele Monate Zeit hatten zur event. Erzeugung von Geschwülsten. Seine Versuche fielen völlig negativ aus. Die Leopold'schen Hefekulturen riefen gar keine Reaktion hervor und ließen sich später auch nicht mehr kulturell in dem Tierkörper nachweisen, während der Saccharomyces neoformans durch ausgedehnte Verhefung zum Tode führte.

H. steht somit auf dem Standpunkte, daß die Idee von einem Zusammenhange der Hefen mit den Geschwülsten aufgegeben werden müsse.

Schmieden (Bonn).

---

4) **Kausch.** Trauma und Diabetes mellitus und Glykosurie.

(Zeitschrift für klin. Medizin Bd. LV.)

Verf. weist auf die Wichtigkeit der Frage des Zusammenhanges von Trauma und Diabetes bezüglich Glykosurie sowohl vom wissenschaftlichen als auch vom praktischen Standpunkt aus (Unfallversicherung) hin. Der Schwere nach unterscheidet er 1) den echten, chronischen Diabetes, 2) den heilenden Diabetes, den er transitorische Glykosurie nennt, 3) die spontane ephemere und 4) die alimentäre Glykosurie. Alle diese Formen und ihre event. kombinierten Übergänge können nach Traumen auftreten. (Die Glykosurien nach Narkosen bleiben unberücksichtigt.) Doch vertritt K. die Ansicht, daß, wenn je wahrer Diabetes durch ein Trauma hervorgerufen wurde, dies nur in den seltensten Fällen vorkomme. Er selbst hält keinen der in der Literatur mitgeteilten Fälle für völlig einwandsfrei. Andererseits kann er auch nicht den Gegenbeweis erbringen, daß ein Trauma Diabetes nicht erzeugen könne. Infolgedessen rät er, sich bei Gutachten von Trauma und Diabetes vorsichtig, aber nicht direkt ablehnend, über den Kausalnexus auszusprechen, um den Kranken nicht Unrecht zu tun.

Anders steht es mit den übrigen Glykosurien. Die transitorische — i. e. der heilende Diabetes — ist nach K. die typische Glykosurie nach Schädelverletzungen, da sie überwiegend bei dieser Verletzungsart beobachtet wurde, ohne daß jedoch die leichteren Formen fehlten. Sie tritt kurze Zeit nach dem Trauma auf, zeichnet sich durch geringe Zucker- und sehr hohe Flüssigkeitsausscheidung aus und ist heilbar. K. sieht in ihr ein Analogon der Piqure von Claude Bérnard.

Die traumatische ephemere Glykosurie hält Verf. für sehr häufig, er hat in kurzer Zeit 12 Fälle beobachtet. Im übrigen cf. hierüber Kausch, Über ephemere traumatische Glykosurie, Referat d. Bl. 1904 Nr. 27 (Beilage). Alimentäre Glykosurie e saccharo hat K. in der Hälfte der darauf untersuchten Fälle, d. i. in den 6 Fällen beobachtet. Nie bestand dabei Glykosurie ex amylo.

Mangels anderer genügender Erklärung spricht K. dem Nervensystem eine vermittelnde Rolle beim Zustandekommen der Glykosurien, ganz gleich welcher Art, nach Traumen zu. Im übrigen will er bei der Neuheit und geringen Zahl der zur Beobachtung gekommenen beiden letzten Glykosurieformen Schlüsse nur mit großer Vorsicht gezogen wissen, doch meint er, daß der leichteren Verletzung im allgemeinen die leichtere Form der Glykosurie entspreche. Häufigere und genauere Urinuntersuchungen sind dringend wünschenswert, doch dürfe man ihren Wert zur Klärung dieses dunklen Gebietes nicht unterschätzen, da nur positive Befunde aufklärend wirken können, negative nichts beweisen.

Müller (Dresden).

5) **Warnecke.** Über die Hodgkin'sche Krankheit.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 3.)

W. gibt aus dem Marburger pathologischen Institut die Befunde von vier zur Sektion gekommenen Fällen der Hodgkin'schen Krankheit und von sechs Fällen exstirpierter, sogenannter maligner Lymphome. Chiari u. a. sind bestrebt, aus der Gruppe der Pseudoleukämie und des Lymphosarkoms ein Krankheitsbild herauszuheben, für das der alte Name der Hodgkin'schen Krankheit in Vorschlag gebracht worden ist. W.'s Untersuchungsergebnisse bilden eine entschiedene Unterstützung für diese Abgrenzung der Hodgkin'schen Krankheit von ähnlichen Krankheitsbildern. Als konstante Befunde sind makroskopisch unter anderem die Schwellung des gesamten lymphatischen Apparates und die Knotenbildung in dem lymphadenoiden, präformierten Gewebe der Organe, besonders der Milz, anzuführen. Mikroskopisch ist charakteristisch die außerordentliche Variabilität der Zellformen: Epithelioidzellen, Fibroblasten, Riesenzellen, eosinophile Leukocyten; Plasmazellen sind nicht konstant. Die Ätiologie der Hodgkinschen Krankheit ist unbekannt, die häufige Kombination mit Tuberkulose ist nur als eine sekundäre, zufällige Infektion aufzufassen. Bei der Pseudoleukämie handelt es sich im Gegensatz dazu um reine lymphocytäre Hyperplasie des lymphatischen Gewebes, um Wucherung der echten kleinen Lymphocyten. Bei der Lymphosarkomatosis wuchern

ausschließlich große, rundliche, einkernige Elemente, die gewöhnlich als große Lymphocyten bezeichnet werden; sehr leicht kommt es zu einer Durchbrechung der Kapsel, zu einem regionären, bösartigen Wachstum.

Haeckel (Stettin).

6) **Hetsch.** Die Grundlagen der Serumdiagnostik und deren Bedeutung für den Praktiker.

(Moderne ärztliche Bibliothek Hft. 12. Berlin, **Leonhard Simion Nachf.**, 1904.)

Die vorliegende Darstellung wird dem gestellten Thema in einer schönen und übersichtlichen Weise gerecht und ermöglicht, wie das sein Zweck ist, besonders auch dem noch weniger Erfahrenen, sich in dies heutzutage so wichtige Gebiet einzuarbeiten.

Im Anschluß an die anfänglichen, allgemeiner gehaltenen Besprechungen folgt eine spezielle Erörterung der Serumdiagnostik und ihrer Methoden beim Typhus abdominalis, bei Fleischvergiftungen, bei Ruhr, bei Cholera, bei Pest, bei Tuberkulose und bei Pneumokokkeninfektionen.

Schmieden (Bonn).

7) **M. Martin.** Die Anästhesie in der ärztlichen Praxis.

München, **J. F. Lehmann**, 1905. 35 S.

Verf. schildert in knappster Form die in Betracht kommenden Methoden, ohne auf Einzelheiten der Technik einzugehen. Er will den praktischen Arzt, der die zahlreichen neuen Verfahren nicht verfolgen kann, über alles das orientieren, was sich im Laufe der Zeit auf dem Gebiete der örtlichen Anästhesie bewährt hat.

Renner (Dresden).

8) **H. Braun** (Leipzig). Die Technik der Kokain-Suprareninanästhesie bei Zahnextraktionen.

(Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde 1905. Januar.)

Alle unter den verschiedensten Namen käuflichen Nebennierenpräparate haben im wesentlichen gleiche Wirkung. Man darf nicht vergessen, daß die wirksame Substanz ein schweres Gift ist. B. schildert zunächst seinen Apparat, in welchem in handlicher Form alle für Bereitung der Lösungen und Injektion notwendigen Teile zusammengestellt sind, und gibt dann auf Grund genauer Schilderung der Topographie der in Betracht kommenden Nerven sehr exakte Vorschriften zur Anästhesie bei den verschiedenen Zahnoperationen. Bei genauer Befolgung derselben wird gewiß so mancher bisher dem Mittel oder der Methode zur Last gelegte Mißerfolg ausbleiben.

Renner (Dresden).

9) **A. Peiser.** Über Anwendung der Kokain-Adrenalinanästhesie bei größeren chirurgischen Operationen.

(Straßburger med. Zeitung 1905. Hft. 1.)

Verf. empfiehlt auf Grund von Versuchen in der Straßburger Klinik auch für größere Operationen die regionäre Anästhesie mit

Kokain-Adrenalin. Bei Benutzung von 0,5%iger Kokainlösung kann man unbesorgt 10, selbst 20 ccm einspritzen. Vorübergehende üble Nebenwirkungen hat P. nur zweimal gesehen und glaubt, daß sie vielleicht durch Injektion in ein größeres Gefäß zustande gekommen sind; man soll sich daher durch öfteres Abnehmen der Spritze von der Kanüle davon überzeugen, daß kein Gefäß angestochen ist. Die Injektion soll subkutan, nicht intrakutan geschehen, da letzteres zu Hautnekrosen führen kann. Besonders wertvoll erscheint Verf. die Kokain-Adrenalinanästhesie für Operationen an der Schilddrüse, wo, wie er sagt, die Allgemeinnarkose aus bekannten Gründen unstatthaft sei (?). Ferner kommen in Betracht Amputationen, Bruchoperationen, Rippenresektion, Tracheotomie, Gesichtsoperationen u. a. m.; Laparotomien nur, wenn das Allgemeinbefinden strikte Gegenindikation gegen Narkose bildet. Gegen Braun's Leitungsanästhesie führt er an, daß Braun doch stets noch eine subkutane, meist zirkuläre Injektion oberhalb des Gelenkes hinzufügt, und hält daher die systematische Querschnittsanästhesie in den peripheren Teilen der Extremitäten für einfacher und sicherer.

Renner (Dresden).

---

10) **Melun.** Einfluß des Gonosans in der Behandlung der Gonorrhöe.

(Monatsberichte für Urologie Bd. X. Hft. 1.)

Empfehlung des Gonosans (8—12 Kapseln täglich).

1) Zur Unterstützung der Lokalbehandlung.

2) Als wirksames Antigonorrhoikum für sich allein, bei vorderer und hinterer Urethritis, Cholecystitis, Cystitis, Entzündungen der Prostata, Samenblasen, Samenstrang, Nebenhoden.

Besonders in den Vordergrund tritt die schmerzstillende Wirkung.

Willi Hirt (Breslau).

---

11) **J. Bloch.** Über das Thigenol, eine neue organische Schwefelverbindung und seine Anwendung bei Hautkrankheiten.

(Deutsche Ärztezeitung 1904. Nr. 23.)

Nach einer historischen Einleitung kommt B. auf die Vorzüge der organischen Schwefelverbindungen vor den anorganischen und reinem Schwefel zu sprechen, welche besonders in der größeren Reizlosigkeit besteht, wodurch auch akutere Ekzeme der Heilwirkung dieses Mittels zugänglich gemacht werden können.

Die erste organische Schwefelverbindung, das Ichthyol, konnte sich wegen des unangenehmen Geruches in der Dermatotherapie nicht recht einbürgern. Die Einführung des Thigenols (Natriumsalz der Sulphosäure), einer geruch- und fast geschmacklosen Flüssigkeit, stellt daher einen wirklichen Fortschritt dar. Verf. empfiehlt es besonders bei akuten und chronischen Ekzemen, bei Alopecia seborrhoica und als Antipruriginosum.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

12) O. Schifone. Über die Wirkungen großer Resektionen des Schädels und der harten Hirnhaut auf die Struktur und Funktion der Hirnrinde.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 131.)

Verf. berichtet aus der Klinik von Durante in Rom über von ihm an Hunden angestellte Trepanationsexperimente. Die große Zahl der von ihm angestellten Operationen (32), die gründliche Nachbeobachtung der trepanierten Tiere auf alle zerebral-nervösen Funktionen und Erscheinungen, endlich die mit größter Gründlichkeit nach zahlreichen Färbemethoden ausgeführten histologischen Untersuchungen der Vernarbungsverhältnisse der Defekte, sowie der im Bereiche letzterer gelegenen Hirnsubstanz haben Resultate der Untersuchungen als gute und exakt gesicherte Resultate ergeben, so daß die Arbeit, welcher auch zahlreiche sehr gute histologische Abbildungen beigefügt sind, nur rühmend zu erwähnen ist.

Betreffs aller Details auf das Original verweisend geben wir das Fazit der Versuchsergebnisse. »Jeder große Verlust der Schädel- und der harten Hirnhautsubstanz wird nie von einer Knochenneubildung ersetzt, wohl aber von einem dicken und resistenten Fasergewebe, welches die Hirnsubstanz fest mit der Schädelhaut verwachsen läßt.« Die auf diese Vorgänge bezüglichen histologischen Untersuchungen stellen in interessanter Weise die hier sich abspielenden biologischen Einzelheiten fest. Mit den Vernarbungsprozessen der Hirndecken Hand in Hand gehend finden nun, wie S. feststellt — und dies ist neuer Fund seiner Arbeit —, regelmäßig in den oberflächlichen Schichten der Hirnrinde verschiedentliche Veränderungen statt, »welche alle Elemente treffen, und deren letzte Phase in dem Untergange eines Teiles der Nervenelemente und deren Ersatz durch Neuroglia besteht«. Die diese Hirnveränderungen studierenden histologischen Untersuchungen sind als besonders gründlich und tüchtig hervorzuheben, ebenso die farbig wiedergegebenen Strukturbilder der degenerierenden Ganglienzellen bei starker Vergrößerung. Ein Teil derselben stellt einen eigenartigen Vorgang dar, das Schwinden von Ganglienzellen durch Phagocytose, von S. als Neuronophagie bezeichnet. Ungeachtet dieser nach S. als konstant anzusehenden organische Schädigungen der Hirnrinde haben, aseptische Wundheilung vorausgesetzt, auch große Schädelresektionen nebst Duraexzisionen an sich keinerlei Störungen an Motilität, Sensibilität oder Ernährung zur Folge, sind also als keine gefährlichen Eingriffe zu betrachten. Insbesondere ist nach diesen Operationen Hirnvorfall nicht zu fürchten, der nur dann eintritt, wenn es zu einem erhöhten intrazerebralen Drucke kommt, der seinerseits nur dann erfolgt, wenn insbesondere septische Entzündungsprozesse am Hirn oder an seinen Häuten Platz greifen. Auch Jackson'sche epileptiforme Krampfanfälle bleiben in der Regel bei aseptischem Wundverlaufe aus. Treten sie doch ein, so »geschieht es bei organisch oder erblich veranlagten Individuen, und in solchen Fällen

neigen die Anfälle schon von anfang an zur Verallgemeinerung.« Der Arbeit ist ein 50 Nummern starkes Literaturverzeichnis angehängt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

13) **Schilling.** Über die praktische Bedeutung der Schädelindexmessung für die Mastoidoperation.

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. XLVII. p. 40.)

Seit der Einführung der Warzenfortsatzoperationen ist man bestrebt, Anzeichen zu finden, die uns die sog. »gefährlichen« Schläfenbeine, d. h. solche mit vorgelagtertem Sinus und tiefstehender mittlerer Schädelgrube, schon vor der Operation erkennen lassen. So glaubte u. a. Körner aus der Messung mazerierter Schädel den Schluß ziehen zu können, daß sich bei Brachycephalen häufiger gefährliche Schläfenbeine finden, als bei Dolichocephalen. S. hat nun das operative Material der Freiburger Ohrenklinik (222 Fälle) daraufhin untersucht, ob zwischen dem Vorhandensein bezw. dem Grad der Brachycephalie und der Häufigkeit der Freilegung von Dura oder Sinus bei der Operation ein bestimmtes Verhältnis vorhanden ist. Er kommt zu dem Resultate, daß zwischen Schädelform und Gefahr der Durafreilegung ein praktisch verwertbare Beziehung nicht besteht. **Hinsberg** (Breslau).

---

14) **Freudenthal.** The radical operation for empyema of the frontal sinus.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1905. November 2.)

Eingehende Besprechung der klinischen Symptome und der Diagnose. F. selbst hat anatomische Untersuchungen über die Größe und Lage der Stirnhöhle angestellt und mahnt infolge derselben zur Vorsicht bei der Eröffnung, die er nie über dem Augenbrauenbogen vornimmt, sondern stets dicht über dem inneren Augenwinkel. Von dort aus sondiert er und macht dann das weitere. Das konservative Verfahren ist so lange wie möglich durchzuführen. Als Operation bevorzugt F. das Verfahren von Killian, welches ihm bis jetzt die besten Resultate gab. Die äußere Wunde soll per primam heilen. Kasuistik.

Trapp (Bückeburg).

---

15) **Watts.** Loss of entire lower lip.

(Annals of surgery 1905. Nr. 1.)

In dem vorliegenden Falle war die ganze Unterlippe bis zum unteren Kieferrand infolge Pferdebisses abgerissen; Deckung des Defektes durch einen aus dem Oberarme präparierten, gestielten Hautlappen. Der letztere wurde 4 Wochen am Arme belassen, seine wunde Fläche während dieser Zeit durch Thiersch'sche Lappen überhäutet und dann in den Defekt genäht. Durchtrennung des Stieles nach 3 Wochen, während welcher der Arm am Kopf eingegipst lag; vorzügliches Heilungsresultat. Die Epidermisierung der unteren Fläche

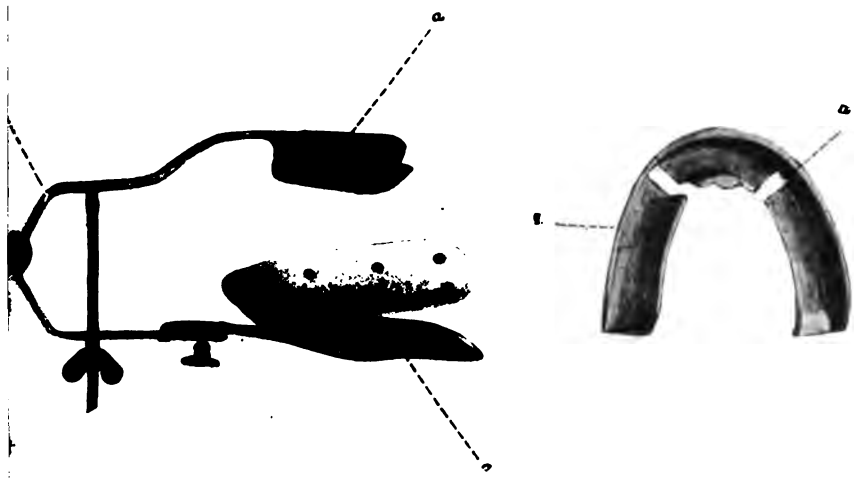
s Lappens sollte einen Ersatz für die verlorene Mundschleimhaut lden.

Herhold (Altona).

6) **Matas.** An adjustable metallic interdental splint for the treatment of fracture of the lower jaw.

(Annals of surgery 1905. Januar.)

Verf. unterscheidet drei Arten von Unterkieferbrüchen: 1) die nfachen ohne große Verschiebung der Bruchstücke; 2) die multiplen hweren (durch Schußverletzungen z. B.), bei welchen eine Schienenhandlung unnütz ist, und 3) die Fälle von Frakturen, welche zwihen 1) und 2) stehen. Diese letzteren eignen sich vorwiegend für chienenbehandlung, und sind auch hierfür verschiedene Schienen angeben, die aber alle den Nachteil haben, daß sie nicht verstellbar



sind und daher nicht für alle Kiefer passen. Diesem Übelstande hat M. durch Konstruktion einer verstellbaren Schiene abgeholfen. Dieselbe besteht aus einem Mundstück (*a*) aus sehr biegsamem Zinn, welches über die Zähne gelegt wird und sich infolge zweier Einschnitte verlängern läßt. Drei Modelle verschiedener Größe werden vorrätig gehalten. Ferner aus einer Kinnplatte (*b*) zur Aufnahme des Kinnes; beide sind verbunden durch einen Stahlbogen und werden durch die Schraube (*c*) festgemacht. Eine andere Schraube (*d*) dient zum Verlängern oder Verkürzen des Kinnstückes. Die Schiene erlaubt schmerzloses Öffnen und Schließen des Mundes, Essen und Trinken. Sechs auf diese Weise behandelte Fälle werden näher beschrieben.

Herhold (Altona).

17) **M. Mann** (Dresden). Über Gaumenlähmung.

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. XLVII. p. 1.)

Eine ausgezeichnete Arbeit, die berufen scheint, in die zurzeit noch recht verworrene Lehre von der Innervation des weichen Gaumens und dessen Lähmungen Klarheit zu bringen.

M. geht aus von Studien über die Funktion der einzelnen Gaumenmuskeln und konstruiert zunächst theoretisch das Krankheitsbild, das bei einseitiger Lähmung eines einzelnen oder mehrerer dieser Muskeln entstehen muß. Diesen Erwägungen entsprechend, konnte M. nun auch unter der großen Zahl von Bewegungsstörungen des Gaumens, die er beobachtete, drei Haupttypen unterscheiden, und zwar

1) die einseitige Lähmung des Tensor veli palatini,

2) die einseitige Pharyngopalatinuslähmung und

3) die einseitige Levatorlähmung, kombiniert mit gleichnamiger halbseitiger Lähmung des M. uvulae.

Die Wiedergabe der Symptome dieser Gruppen, die übrigens auch nur im Zusammenhange mit den erwähnten theoretischen Deduktionen und den Abbildungen recht verständlich sind, würde zu viel Raum beanspruchen, ich muß deshalb auf das Studium des Originales verweisen.

Erwähnen möchte ich nur kurz eine Tatsache, die zur Entscheidung des langjährigen Streites nach der Innervation des Gaumensegels — ob durch den Facialis oder durch den Vagus — einen wichtigen Beitrag liefert. M. fand nämlich einseitige Pharyngopalatinuslähmung öfters kombiniert mit gleichnamiger Rekurrenslähmung, einseitige Levatorlähmung dagegen öfters bei Facialisparalyse derselbe Seite.

Wahrscheinlich haben wir daraus den Schluß zu ziehen, daß der Pharyngopalatinus manchmal (nicht immer!) vom Vagus innerviert wird, der Levator von Facialisästen, die mit dem N. petrosus superficialis major den Hauptstamm verlassen. **Hinsberg** (Breslau).

---

18) C. Göbel. Über die Lipomatosis des Hypopharynx (Cavum pharyngo-laryngeum), ihre Beziehung zu den sog. Ösophaguspolypen und den tiefgelegenen Halslipomen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 196.)

Der sehr interessante und in seiner Art isoliert dastehende Fall, den G. im Diakonissenhospital in Alexandrien operierte und der vorliegender Arbeit zugrunde liegt, ist von G. bereits auf der vorjährigen Naturforscherversammlung publiziert, und verweisen wir auf den diesbezüglichen Selbstbericht des Autors im Jahrgang 1904 p. 1333 unseres Blattes. Die vorliegende Arbeit bringt zunächst die ausführliche Krankengeschichte, in welcher die beigegebene Photographie den Kranken seinen einer zweiten Zunge ähnlichen »Ösophaguspolypen« aus dem Munde gezogen zwischen den Fingern haltend darstellend besonders hervorzuheben ist. Die an die kasuistische Mitteilung angeknüpfte allgemeinepikritische Durcharbeitung der Beobachtung nebst kritischer Verwertung der einschlägigen Literatur führt G. zu neuen Ansichten über die pathologische Bedeutung und Stellung der Speiseröhrenpolypen, die, in der Mehrzahl der Fälle ihren Namen mit Unrecht führend, richtiger als Polypen des »Hypopharynx« (v. Mikulicz)

zu benennen wären, sowie der Kehlkopflipome und tiefgelegenen bezw. bis an Rachen-, Kehlkopf-, Schleimhaut wurzelnden äußeren Halslipome. G. hält dafür, daß alle diese Geschwulstbildungen pathologisch gleichwertig seien, indem sie auf Produktionen des Submukosagewebes, auf eine Lipomatose des untersten Rachens zurückzuführen seien und gelegentlich, wenn auch selten, wie in G.'s eigenem Falle, sich kombinieren können. Wenn die eigentümlichen Speiseröhrenpolypen, die zungen- oder gurkenartig aus dem Munde vorgebracht werden können, mehr fibrom- als lipomartig erscheinen, außerdem in der äußeren zylindrischen und langstieligen Form von gewöhnlichen Lipomen stark abweichen, so ist das dadurch erklärlich, daß sie durch den Schluckakt, auch wohl durch ihre eigene hängende Schwere eigentümlich quasi durch Massage zurechtmodelliert und auch wohl histologisch verändert werden. Allen Geschwüren ist übrigens Reichtum an elastischem Gewebe eigentümlich, ein Umstand, den G. auch für seine Theorie verwertet, da der Hypopharynx sich physiologischerweise durch reichliches elastisches Gewebe auszeichnet. G. hält seine Theorie für Beurteilung der fraglichen Geschwulst deshalb für völlig ausreichend und glaubt, für ihr Wachstum nur eine kongenitale Versprengung oder ein Isoliertbleiben von Fettgewebskeimen annehmen zu brauchen. Die Diagnostik und Symptomatologie der Geschwulst ist im ganzen einfach, macht aber unter Umständen natürlich den Kehlkopfspiegel erforderlich. Die Prognose kann bei der heutigen Operationstechnik durchgängig für günstig angesehen werden. Reine Kehlkopflipome können endolaryngeal angegangen werden, für tiefer gelegene und größere Geschwülste kommt die Pharyngotomia subhyoidea und lateralis in Frage.

Die ihren Gegenstand gründlich erörternde Arbeit ist interessant und anregend geschrieben. Beigefügt ist eine tabellarische Übersicht der gesammelten, zu dem Kapitel bezüglichen Geschwulstbeobachtungen, nach topographischem Gesichtspunkt in 8 Gruppen geteilt, und ein Literaturverzeichnis von 57 Nummern.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

19) **I. R. Hunt.** Acute infectious osteomyelitis of the spine and acute suppurative perimeningitis.

(New York med. record 1904. April 23.)

In einem längeren Artikel über die akute infektiöse Osteomyelitis der Wirbelsäule wird besonders auf die unter verschiedenen Titeln wie retropharyngeale Abszesse, tiefe Halsabszesse, mediastinale, retroperitoneale, paranephritische Abszesse, als aus oben genannter Quelle stammende Eiterungen hingewiesen und auseinandergesetzt, daß der Terminus »primäre eitrige Perimeningitis« fallen gelassen werden müsse, da die Erkrankung stets von einem osteomyelitischen Herde herstamme.

Besprechung der Symptome und Literatur und zwei eigene Beobachtungen sind in der Arbeit enthalten. **Loewenhardt** (Breslau).

---

20) D. v. Navratil. Über die Heilung der Ösophago-Trachealfisteln. Eine neuere Ösophagusnaht.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 467.)

Verf., Operateur an der Dollinger'schen Klinik in Budapest, beschreibt zunächst einen dort beobachteten Fall von Ösophago-Trachealfistel, an dem ohne Nutzen die Gastrostomie ausgeführt worden ist. Während des Lebens war Tuberkulose angenommen, doch ergab die Sektion, daß die Fistel durch Zerfall eines Gumma entstanden war. Im Anschluß hieran gibt N. unter Benutzung der Literatur einen Überblick darüber, was bislang über Vorkommen und Heilbarkeit der fraglichen recht seltenen Fistelbildung beobachtet und bekannt geworden ist. Sodann folgt ein Bericht über von N. an Hunden ausgeführte Experimente, deren Zweck darin bestand, den Tieren erst eine Ösophago-Trachealfistel beizubringen und diese dann zu schließen. Die Details der Versuche, die zum Teil von Erfolg waren, können übergangen werden, es genüge, folgende Technizismen als originell zu erwähnen. Nachdem kleine Fenster in die einander anliegenden Schlauchwände geschnitten, benutzte N. zu deren Offenerhaltung bei gleichzeitigem Abschluß eine doppelknopfartige Prothese, deren einer Knopfteil in die Luftröhre, der andere in die Speiseröhre zu liegen kam, derart, daß doch die Lichtungen beider Kanäle nicht kommunizierten. Er benutzte ferner zur Speiseröhrennaht statt gewöhnlicher Knopf- bezw. fortlaufender Naht die Tabaksbeutelnaht und glaubt, dieser wesentliche Vorzüge zuerkennen zu müssen: die größten Defekte des Rohres könne man mit ihr zusammenziehen, ohne eine spätere Striktur befürchten zu müssen. Da übrigens auch bei sorgfältigster Naht von Luft- und Speiseröhre, wenn beide in unmittelbarer Berührung miteinander bleiben, ein sicheres Dichthalten der Nähte nicht zu erzielen ist, versuchte N. einmal mit bestem Erfolge zwischen die genähten Wände beider Kanäle ein beweglich gemachtes Randstückchen der Schilddrüse einzuschalten. Die Granulationen auf diesem Schilddrüsenstück unterstützten die Heilung der Ösophagustabaksbeutelnaht, indem sie auf diese zusammenziehend und verdeckend einwirkten. Mit diesem Hilfsmittel glaubt N. auch in der praktischen Chirurgie Resultate erzielen zu können. Bei Gegenwart größerer Ösophago-Trachealfisteln, meint er, wäre auf diesem Wege zunächst der Defekt der Speiseröhre zu beseitigen. Der Defekt in der Luftröhre wäre dann in einem zweiten Akte vorzunehmen, bei welchem ein Stückchen Rippenknorpel eingelagert werden könne. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

21) F. de Quervain. Die akute, nicht eitrige Thyreoiditis und die Beteiligung der Schilddrüse an akuten Intoxikationen und Infektionen überhaupt.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie 1904. II. Supplbd.

Verf. gibt eine eingehende Schilderung der akuten, nicht eitrigen Thyreoiditis in monographischer Darstellung auf 165 Seiten mit 6 Tafeln,

basierend auf sechs eigenen Fällen, deren einer operiert und genau mikroskopisch untersucht wurde, und eingehendster Berücksichtigung der Literatur über diese im ganzen nicht häufig beobachtete Krankheit.

Wohl zu unterscheiden ist die Thyreoiditis, d. h. die Entzündung der vorher wenig oder gar nicht veränderten Schilddrüse, von der Strumitis, der kropfig veränderten Drüse; letztere ist bisher viel häufiger beobachtet und viel genauer studiert worden als erstere. Bei der echten Thyreoiditis hat man die nicht eitrige Form von der eitrigen zu trennen; die erstere ist durchaus nicht etwa bloß ein Vorstadium der letzteren, sondern eine Krankheit für sich. Sie kommt einmal vor als klinisch sekundäre Form bei Abdominaltyphus, Cholera, Variola, Diphtherie, Scharlach, Masern, Influenza, akutem Gelenkrheumatismus, Orchitis und Parotitis, Angina, Erysipel, puerperaler Erkrankung, Malaria, sodann als klinisch primäre Form; bakteriologische Untersuchungen gaben bisher bei derselben ein negatives Resultat.

Pathologisch-anatomisch hat man zu unterscheiden die interstitielle Form, bisher nur bei eitrigen Fällen beobachtet, und parenchymatöse. Diese letztere ist gekennzeichnet durch Vermehrung, Abstoßung und Entartung der Epithelzellen, Veränderung und Schwund des Kolloids, Eindringen von multinukleären Leukocyten, kleinen Rundzellen und größeren zelligen Elementen in die Bläschen, Bildung von Fremdkörperriesenzellen um nicht resorbierte Kolloidschollen, Auftreten von bindegewebigen Organisationen; endlich gibt es noch gemischte Formen.

Es folgt die Schilderung der Symptome und des Verlaufes. Die Prognose ist günstig, nur bei stärkerer Luftnot ist die operative Entfernung einer Schilddrüsenhälfte angezeigt. Diagnose ist leicht.

Anregend ist die dann folgende Besprechung der Beziehungen der Thyreoiditis zur Basedow'schen Krankheit. Einmal gibt zu denken, daß auch der Basedow nicht selten nach akuten Infektionskrankheiten auftritt, und sodann ist bemerkenswert, daß der histologische Befund bei Thyreoiditis und Basedow ein sehr ähnlicher ist.

Zur richtigen Würdigung des histologischen Bildes der Thyreoiditis untersuchte Verf. die Schilddrüse an Leichen von Leuten, die an den verschiedensten toxischen und infektiösen Allgemeinerkrankungen gestorben waren. Es fanden sich histologische Veränderungen des Organes bei den mannigfaltigsten Erkrankungen; dagegen waren solche bei Krebskachexie, Diabetes, Nephritis, Urämie und Morbus Addisoni nicht nachweisbar.

Zur experimentellen Erzeugung entzündlicher Veränderungen an der Schilddrüse injizierte Verf. bei Hunden und Affen Mikroorganismen, Toxine und chemisch reizende Stoffe in das Schilddrüsengewebe, studierte ferner den Einfluß der venösen Stauung auf die Schilddrüse. Abnahme der Färbbarkeit, Körnigwerden und schließlicher Schwund des Kolloids in den Bläschen, Desquamation von Epithelzellen nach dem Innern der Bläschen wurden dabei beobachtet.

Haeckel (Stettin).

22) **Paessler.** Beitrag zur Pathologie der Basedow'schen Krankheit.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XIV. Hft. 3.)

Operationen bei Basedowkröpfen werden bekanntlich oft von Verschlimmerungen der Krankheit gefolgt, die sich am ehesten als Vergiftungserscheinungen deuten lassen; man nimmt vielfach an, daß es sich um eine Vergiftung mit spezifischem Basedowgifte handle, das durch die Operation an der Drüse Gelegenheit erhalte, in größerer Menge als sonst in den Säftestrom des Organismus zu gelangen. Um das zu prüfen, nahm P. eine frisch vom Menschen exstirpierte Basedowkropfhälfte und spritzte von dem Extrakt Kaninchen und Hunden in die Venen. Als Indikator der Wirksamkeit wählte er ausschließlich das Verhalten des Pulses, da die Pulsbeschleunigung das regelmäßigste Symptom der Basedow'schen Krankheit ist. Die intravenöse Injektion beträchtlicher Mengen von Basedowkropfextrakt bewirkte keine Pulsbeschleunigung. Dieses Resultat kann keineswegs als Widerlegung der Moebius'schen Schilddrüsentheorie des Basedow aufgefaßt werden, da der negative Ausfall der Versuche vielfach gedeutet werden kann; das eine aber geht daraus hervor, daß das Basedowgift, falls es existiert, keine einfache direkte Giftwirkung, wie etwa ein Ptomain, auf den Kreislauf des Warmblüters ausübt. **Haeckel** (Stettin).

---

23) **Schellenberg** und **Scherer.** Was leistet die Röntgendurchleuchtung des Brustkorbes als Diagnostikum bei tuberkulösen Lungenerkrankungen?

(Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. III. Hft. 2.)

Die Verff. (an den Lungenheilstätten in Beelitz) gingen so vor, daß der eine die klinische Untersuchung, der andere die Röntgenuntersuchung ausführte. Das geschah bei 320 Pat.

Das Resultat war, daß sich die Röntgendurchleuchtung als eine der klinischen Untersuchungsmethode gleichwertige erwies, sie bald übertraf, bald hinter ihr zurückblieb. Sie gibt in der Regel ein besseres Bild über den Umfang der Erkrankung als die anderen Methoden, ebenso ermöglicht sie eine schärfere Beobachtung des Verlaufes der Krankheit. Spezifisches zu erkennen ist mit ihr nicht möglich. Es gibt Fälle, wo sie versagt. Ob sie für die Frühdiagnose der Spitzenaffektionen von Wert ist bezweifeln die Verff.

Sie arbeiteten mit einem Walterapparate von Reiniger, Gebbert und Schall. Die Technik ist bis ins einzelne geschildert.

W. v. Brunn (Rostock).

Kleinere Mitteilungen.

24) XVII. Congrès français de chirurgie (17. en 22. Oktober 1904).

(Revue de chir. XXIV. ann. Nr. 11.)

Traitement chirurgical de la cirrhose du foie.

Montprofit (Angers) (Rapporteur): Die verschiedenen chirurgischen Eingriffe, die bisher zur Heilung der schweren Formen der Lebercirrhose versucht wurden, sind die Parazentese, Laparotomie mit und ohne Drainage, vaginale Laparotomie, die Talma'sche Operation, Omentopexie, und neuerdings die Anlegung der Anastomose zwischen Vena portae und cava (Eck'sche Fistel). Diesen letzteren, am Menschen schwer ausführbaren Eingriff hat Tansoni bei Tieren von 12mal 9mal erfolgreich durchgeführt; Vidal (Périgueux) sah sich genötigt, ihn am Menschen zu machen wegen Unmöglichkeit der Omentopexie, und hat operative Heilung erzielt. Nach 4 Monaten erlag der Kranke einer foudroyanten Pyämie.

Konkurrenzoperationen der Talma'schen sind die Peritonealdrainage, die Abschabung des Bauchfelles, die Hepatopexie, die Splenopexie, die Einheftung der Milz in eine Retroperitonealtasche, die Cholecystostomie.

Der Ausgang der Operation hängt wesentlich ab von der Form der Cirrhose, ob hypertrophische oder atrophische, und dem Allgemeinzustande der Kranken, und schwankt zwischen 15—40%.

Die Aufstellung der Indikation für die Talma'sche Operation stößt auf große Schwierigkeiten; die ersten Erscheinungen der Cirrhose sind vieldeutig, unbestimmt; ist das Auftreten von Ascites das erste Zeichen von der Behinderung des Blutdurchtrittes der Pfortader durch die Leber? ist er die Grenze der Zulässigkeit medikamentöser Behandlung?

M. glaubt, daß man noch während des Status der Hypertrophie, bei beginnendem Ascites operieren solle, jedenfalls sobald wie möglich, um gute Erfolge zu erzielen, und rechnet 70% Heilungen aus seiner 224 Operationen umfassenden Statistik; Dauerheilungen fand er 35%. Somit hält er, besonders in Anbetracht der großen Zahl gebesserter Fälle, die Operation für die notwendige Behandlung der Lebercirrhose.

E. Schwartz (Paris) verfügt über fünf Fälle operativer Behandlung der Cirrhose; ein Operierter befand sich 14 Monate lang sehr wohl. Notwendig zum Erfolge sei ein noch relativ günstiger Zustand des Leberparenchyms. Die Größe und Dilatation der venösen Gefäße im Netz und Bauchfelle stellten eine ernstliche Unbequemlichkeit bei der Operation dar, und man müsse vorsichtig jede Verletzung derselben vermeiden.

Jayle (Paris) sucht die Ursache des Ascites in der Reizung des Peritoneums und rät vor allem zur Punktion, bei nicht ganz sicherer Diagnose, besonders bei Frauen, zur Laparotomie, welche ihm zweimal gestattete, bösartige Geschwülste der Eierstöcke zu entfernen. Ein Mann, den er wegen cirrhotischen Ascites punktiert hat, blieb bis zu seinem 2 Jahre später erfolgten Tode frei von Ascites; hätte er die Omentopexie ausgeführt, würde man ihr den Erfolg zugeschrieben haben.

Brunswic le Bihan (Tunis) hat sechsmal bei nicht alkoholischer Cirrhose ohne therapeutischen Erfolg operiert und hält es für möglich, daß der Laparotomie bei wirklichem Heileffekte der gleiche — noch unbekannte — Einfluß zukommt wie bei tuberkulöser Peritonitis.

Willems (Gand) konnte bei seinen vier Talma-Operationen nichts Günstiges bemerken, und findet Montprofit's Statistik recht optimistisch im Vergleiche zu einer deutschen, die auf 250 Operationen 10 Dauererfolge zählt. Der Zustand der Leberzellen müsse für die Indikation maßgebend werden, und er hofft auf weitere Aufklärung durch Kryoskopie und Blutuntersuchung.

Tuffier (Paris) meint, ohne genaue Untersuchung des Ascites müsse man sehr vorsichtig in der Beurteilung des Erfolges sein, um ihn nicht einer Omentopexie

zuzuschreiben, wo er — wie bei tuberkulösem Ascites — der Laparotomie als solcher gebührt.

Lejars (Paris) bedauert, daß Montprofit sich nicht über den therapeutischen Wert der Cholecystostomie bei Cirrhose geäußert hat; L. verfügt über einen seit $1^1/_2$ Jahren gebesserten Fall; desgleichen einen nach Talma operierten. Die Hauptsache sei doch, wieweit das Lebergewebe noch funktionsfähig sei.

Delagénière (le Mans) hat bei seinen 10 Fällen recht gute Erfolge gesehen; er hat es versucht mit dem Talma (1mal, gest.), der einfachen Cholecystostomie (6mal, einmal mit 5jähriger Besserung), 2mal Cholecystostomie mit Hepatopexie (8jähriger Erfolg), und hat dieser letzten Operation die Omentopexie hinzugefügt in einem Falle von atrophischer Cirrhose; der vor 4 Jahren operierte Kranke lebt noch.

Villar (Bordeaux) verfügt über 4 Beobachtungen mit unbefriedigenden Folgen; er glaubt, die Explorativlaparotomie leistet das gleiche.

Mauclaire (Paris) hat nichts Besseres erfahren.

Malherbe (Nantes) meint, daß er in zwei von ihm operierten Fällen sich besser auf die Punktion beschränkt hätte, und weist auf die Gefahren der Chloroformnarkose bei mit Ascites Erkrankten hin.

Bardesco (Bukarest) berichtet sehr ausführlich über 6 Fälle, bei denen schon lange Ascites bestanden und wiederholt Entleerung durch Punktion vorausgegangen war. Vier davon wurden für lange, bis 28 Monate, gebessert, und nur bei zweien waren erneute Punktionen erforderlich. Bei der Unsicherheit, von vornherein zu entscheiden, ob eine Cirrhose heilen werde oder nicht, sei es empfehlenswert, frühzeitig zu operieren. B. beschreibt dann seine Operationsmethode, die in einer Taschenbildung zu beiden Seiten der Laparotomiewunde hinter den Rectis besteht, zum Zwecke, das Netz hineinzulagern und zu fixieren.

Vidal (Périqueux) wünscht exaktere Auskunft über Beschaffenheit der Leber und des Ergusses in den einzelnen Fällen. Nach ihm ergab sich die Berechtigung der Talma'schen Operation aus den Blutungen durch Überfüllung des Pfortadersystems.

Roux (Lausanne) beschuldigt hauptsächlich den schlechten Zustand der Kranken und ihre unvernünftige Lebensweise nach der Omentopexie als Ursache für die Mißerfolge.

Depage (Bruxelles) verfügt nur über einen — erfolglosen — Eingriff.

Reynès (Marseille) spricht in gleichem Sinne.

Montprofit (Schlußwort): Die alkoholische Lebercirrhose werde von medizinischen Autoritäten als heilbar anerkannt, falls eine frühzeitige rationelle Behandlung stattfinde. Demnach sei der Erfolg der Talma'schen Operation hier diskutabel. Ebenso bekannt sei jedoch die Unsicherheit der Frühdiagnose, und es sei wertvoll, zu wissen, daß man auch der atrophischen Cirrhose gegenüber nicht hilflos dastehe, deren Heilbarkeit oder Besserung durch die verschiedenen Operationen durch die Statistik bewiesen sei. Im übrigen müsse es vorläufig, mangels allgemeiner Regeln, dem einzeln überlassen bleiben, auf Grund eigener Erfahrungen seine Indikationen auszubilden.

Valeur séméiologique de l'examen du sang en chirurgie.

Th. Tuffier (Paris) (Rapporteur): Die Wichtigkeit der Kenntnis der Blutbeschaffenheit und ihrer Veränderungen bei den chirurgischen Leiden ist heute anerkannt; Gerinnbarkeit, Gefrierpunkt, Leukocytenzahl, Prozentverhältnisse der morphologischen Bestandteile müssen geprüft, verfolgt und für die Beurteilung des Falles verwendet werden. Die verschiedenen chirurgischen Krankheiten und Zustände, bei denen die systematische Blutuntersuchung von Wert ist, werden aufgeführt.

Sonnenburg (Berlin) zieht aus den Untersuchungsergebnissen von 500 Appendicitisfällen folgende Schlüsse: Die Zahl der Leukocyten steht im Verhältnis zur Virulenz des Falles; niedrigere Mengen deuten auf ein Versagen des Organismus. Während gleichzeitiger Abfall von Temperatur und Leukocytenzahl günstige

Wendung anzeigen, ist ein sehr steiler Abfall der letzteren von schlechter Bedeutung. Hyperleukocytose mit schweren Allgemeinerscheinungen, noch mehr solche und mäßige Vermehrung drängen zum Eingriffe.

Fargas (Barcelona) fand normale Leukocytose überall, wo eingekapselte Prozesse keinen allgemein schädigenden Einfluß ausübten, vermehrte bei den Eiterungen.

Cazin (Paris) stützt seine Erfahrungen auf die Leukocytenkurven. Positive und gleichbleibende Untersuchungsergebnisse sind wertvoll für die Stellung von Indikationen; selbst Temperatur- und Pulskurven sind nicht von gleichem Werte. Nach Perforationen — Typhus z. B. — tritt die Leukocytenvermehrung nicht schnell genug ein, daß mit dem Eingriffe bis zu ihrer Etablierung zu warten sei. Negative Befunde schließen die Existenz älterer salpingitischer und appendicitischer Eiterherde nicht aus.

Reynier (Paris) führt drei Fälle an, bei denen die Blutkörperchenzählung ihn seiner Ansicht nach im Stiche gelassen.

Sébileau (Paris) weist hin auf die wertvollen Aufschlüsse, die man aus der Untersuchung des Blutes und der Lumbalpunktion für die Differentialdiagnose otitischer Komplikationen erhalten kann. Er zählte bei einfacher Mittelohrentzündung 9000; Mastoiditis 12000; Subduralabszeß 13000; Sinusphlebitis 25000; Hirnabszeß 9—13000.

Silhol (Marseille) versichert, daß — mit ganz vereinzelten Ausnahmen — die Cytodiagnose bei Appendicitis ein sicherer Führer sei.

Tuffier (Paris) erwähnt noch, daß nach jeder Operation Störungen im Zahlenverhältnis der Blutzellen eintreten. Auf die Ergebnisse der Blutuntersuchung dürfe man erst dann seine Indikationen aufbauen, wenn die übrigen klinischen Untersuchungsmethoden im Zweifel ließen.

Decollements traumatiques des épiphyses.

Kirmisson (Paris) (Rapporteur): Die Zahl der veröffentlichten Fälle von traumatischer Epiphysenlösung ist — seit Poland (1898) etwa 700 sammelte — noch bedeutend gewachsen. Die Ursache ist für den Oberschenkel meist eine Torsion, für den Oberarm direkter Stoß (Fall), sonst indirekte Gewalteinwirkung. Es werden am häufigsten das untere Femur- und Radiusende, die obere Humerusepiphyse betroffen. Ausgesprochene Beweglichkeit, deren Zentrum dicht an der Gelenklinie, oft auch leise Krepitation gestatten, die Verrenkung auszuschließen. Die Verschiebungen können so beträchtlich sein, daß sie operative Korrektion verlangen; auch ernste Komplikationen — Gefäßverletzungen mit nachfolgender Gangrän — wurden beobachtet. Wachstumshemmung scheint nur dann einzutreten, wenn die produktive Zone — und nicht alle Epiphysenlinien sind in gleichem Maße produktiv — geschädigt sind. Curtillet hat nur 24 Fälle gesammelt, in denen das Längenwachstum ausblieb.

Froelich (Nancy) hat dreimal Epiphysentrennung mit nervösen und Wachstumsstörungen beobachtet, einmal am unteren Radius-, zweimal am oberen Humerusende; in einem dieser Fälle betrug die Verkürzung 3 cm; dabei bestand Lähmung der Schultermuskeln und Schlottergelenk: der andere, mit Ulnarislähmung verbunden, war als Verrenkung behandelt worden.

Mounoury (Chartres) berichtet von einer Epiphysenlösung der Schulter, die ohne Radiographie nicht von Lux. subcorac. zu unterscheiden war. Die Reposition war leicht.

Willems (Gand) weist auf den Umstand hin, daß Epiphysenlösungen des unteren Humerusendes vor 5 Jahren mittels Röntgenstrahlen nicht zu erkennen waren und wohl deshalb so selten beschrieben sind.

Bardesco (Bukarest) berichtet von zwei interessanten Beobachtungen von Epiphysentrennung. Das eine Mal handelte es sich um das untere Femurende (Umdrehung im Rade), das andere Mal um die distale Tibiaepiphyse. Diese war nicht reponiert worden: es blieb eine merkliche Einknickung und Verkürzung von 6 cm, welche durch eine kompensatorische Verlängerung des Femur (?) von 5 cm fast ausgeglichen wurde.

Coudray (Paris) meint, es lasse sich im einzelnen Falle schwer sagen, wann nur ein juxtaartikulärer Bruch, wann eine Epiphysenlösung vorliege. Letztenfalls müsse der Regel nach jedesmal eine Verkürzung eintreten, während bei einer Entfernung der Bruchlinie von der Wachstumszone von 2—3 mm deren Funktion nicht so erheblich geschädigt werde. Er warnt vor zu vielen Eingriffen bei resultierenden Deformitäten, die übrigens bei den juxtaartikulären Brüchen häufiger seien als nach der eigentlichen Epiphysenlösung.

Reboul (Nimes) hat zwei Fälle von Epiphysenlösung am unteren Femurende mit Drehung der Epiphyse um ihre frontale Achse nach vorn beobachtet; einmal glückte die operative Reposition vollkommen, im anderen trat bei bestehender Nephritis Hautgangrän und Nekrose der Bruchstücke hinzu, die die Amputation nötig machten.

Broca (Paris) findet das Hauptinteresse der Verletzung in ihrem Mechanismus, der häufiger indirekt als direkt einwirke. Wo an der Epiphyse Bänder und Sehnen ansetzen, wird meist durch indirekte Gewalt Abreißung und starke Verschiebung herbeigeführt. Die Epiphysenlösung wird bei Kindern öfters doppelseitig beobachtet.

Walther (Paris) hat die Epiphylenlösung des oberen Humerusendes stets unter den Zeichen einer Verrenkung gesehen. In veralteten Fällen beschränkt man sich auf Abtragung von Knochenvorsprüngen; der Humerus ist etwas verkürzt, aber sonst ausreichend. Knochenzacken, die in frischen Fällen die Reduktion hindern, sind natürlich zu entfernen.

Roux (Lausanne) ist mit einer Ausnahme ohne Operation ausgekommen,

Poncet (Lyon) hingegen öfters in der Lage gewesen, den Knochensporn zu entfernen mit günstigen Erfolgen für später.

Kocher (Bern) sah in einem Falle von Lösung der unteren Femurepiphyse nach Abnahme des Verbandes die Verschiebung derselben nach hinten sich wiederherstellen. Trotzdem war später die Funktion gut.

Montprofit (Angers) sah sich zweimal genötigt, das obere Diaphysenende zu resezieren, weil es die Haut zu durchbohren drohte. Beidemal dürfte Verrenkung diagnostiziert worden sein.

Coudray (Paris) glaubt, daß die großen Verschiebungen nicht der Epiphysenlösung, sondern den Diaphysenbrüchen zukämen.

Froelich (Nancy) beobachtete einmal Einklemmung der Haut zwischen Epi- und Diaphyse; dies war als Einziehung später noch kenntlich.

Kirmisson (Paris) (Schlußwort): Trotz der wertvollen Aufschlüsse durch die Röntgendiagnostik bleibe doch manches noch dunkel; er fordere zu recht sorgfältiger Verfolgung des weiteren Schicksales der Verletzten mit Epiphysenlösung auf behufs Klörung der Prognostik.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Thiéry (Paris): Les accidents graves du chloroforme et les moyens d'y remédier.

Empfehlung der Tracheotomie mit nachfolgender Lufteinblasung. 20 Erfolge in 23 Fällen. Mißerfolge fallen nicht der Methode, sondern dem Operateur zur Last.

Malherbe (Paris): Le chlorure d'éthyle comme anésthétique général de longue durée.

Es genügt, die Kompresse vor die Nase zu halten; die Narkose kann auf 60 Minuten ausgedehnt werden und empfiehlt sich auf dem Land, in Notfällen usw.

Tilanus (Amsterdam): Sur la fixation des tendons dans le traitement des paralysies.

Wo die Sehnentransplantation nicht angängig ist, erreicht man Korrekturen durch Tiefernähen der durchtrennten Sehnen. T. hat die Operation 8mal, darunter 4mal bei Pes varus, mit befriedigendem Ergebnis ausgeführt.

Tuffier (Paris): Traitement radiothérapique des cancer.

Es eignen sich dazu nur solche über größere Hautstrecken ausgebreitete Krebse, die nicht mehr operativ angegriffen werden können.

Czerny (Heidelberg): L'action du radium sur les tissus vivants.

Durch Radiumwirkung erzielte Umwandlungsprodukte von Ovolecithin rufen, unter die Haut gespritzt, die gleichen Änderungen im Gewebe hervor, wie Radium selbst. Der Effekt ist abhängig vom Grade der Veränderungen der Lecithinderivate. Man hofft, ein gegen lecithinreiche Neubildungen — Karzinom, Drüsen — wirksames Serum auf diesem Wege zu gewinnen.

Doyen: Les nouveaux traitements du cancer.

Mit den von ihm dargestellten Seris hat er bei 242 Fällen sehr bemerkenswerte Resultate erzielt: 42 seit Jahren beständige Heilungen neben 128 nicht beeinflußten — weil zu vorgeschrittenen und zu spät behandelten Fällen. Er stellt als Indikation für die Behandlung nach seiner Methode auf: 1) Klinisch sichergestellte Krebse von einer Ausbreitung, daß postoperatives Rezidiv zu erwarten ist; 2) solche, die wegen Übergreifens auf zu schonende Organe nicht mehr radikal zu entfernen wären; 3) solche, die wegen zu breiter Flächenentwicklung nicht zu exstirpieren sind (Cancer en cuirasse).

Diskussion: Reynès (Marseille) verlangt untrüglichen experimentellen Nachweis für die Lehre Doyen's vom »Mikrok. neoformans«, der histologisch grundverschiedene Geschwülste erzeugen solle, und damit alle histopathologischen Kenntnisse über den Haufen werfe.

Poirier (Paris) ist von der Heilwirkung des Doyen'schen Serum und der Existenz seines Mikrok. neoformans nicht überzeugt.

Folet (Lille) wünscht die Einsetzung einer kompetenten Kommission zur Nachuntersuchung der so stark angezweifelten Heilmethode.

Mencière (Reims) pflichtet bei und Doyen nimmt an.

Pozzi (Paris) meint, die außerordentliche Sitzung des Kongresses solle die Kommission bestimmen.

Reynès (Marseille): Traitement des cancers inoperables du sein par la castration ovarienne.

R. stellt die Kranke vor, welche durch totale Kastration von ihrem doppelseitigen inoperablen Brustkrebs geheilt wurde: von der ulzerierten linksseitigen Geschwulst blieb noch ein kleiner Knoten, der demnächst entfernt werden soll. Warum diese wunderbare Rückbildung der bösartigen Neubildung in diesem Falle eintrat, in einem anderen, am 26. Februar 1904 operierten nicht, entzieht sich der Erkenntnis. Freilich betraf der zweite Fall ein im Puerperium aufgetretenes, rapid und mit lebhafter Entzündung wachsendes Karzinom.

Diskussion: Thiéry (Paris) hat eine der ersten gleiche erstaunliche Heilung eines doppelseitigen inoperablen Karzinoms nach Kastration zu verzeichnen.

Mencière (Reims): Un cas d'osteosarcome du fémur guéri par la phénopuncture.

Es handelt sich um Übertragung der Phelps'schen Karbol-Alkoholbehandlung tuberkulöser Knochenherde auf ein Osteosarkom des unteren Femurendes; Heilung seit einem Jahre.

Delangre (Tournai): Paraffinomes et paraffinage des cavités pathologiques.

Die Paraffingeschwülste treten in zwei Formen auf: 1) als überschüssig injizierte, schlecht modellierte Blöcke, 2) als Irritation und Schwellung des umgebenden Bindegewebes. Nach glücklichen Versuchen an Meerschweinchen hat D. auch bei Menschen zweimal Knochenhöhlen mit 10%igem Jodoformparaffin gefüllt.

Kopf und Gesicht.

André (Peronne): Plaie pénétrante du cerveau par instrument piquent. Dix crises d'épilepsie jacksonienne. Hématome intracortical évacué par trépanation au neuvième jour. Guérison.

G. Laurens (Paris): Trépanation du labyrinthe pour corps étranger enclavé dans le canal semicirculaire. Guérison.

Bei der Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Gehörgange war eine Curette

abgebrochen; es stellten sich Erscheinungen von Menière'scher Krankheit ein, und die Aufmeißelung mußte vorgenommen werden. Dabei entdeckte L. im horizontalen Bogengange das inkrustierte Stahlteilchen. L. rühmt den Vorteil, den ihm Adrenalin als Hämostatikum in der Tiefe gewährt.

Faugère (Foux): Réparation orthopédique des deux oreilles.

Ohne Einzelheiten mitgeteilt.

C. et F. Martin (Lyon): Traitement des fractures du nez.

Mit Hilfe ihres Hebels und Stützapparates, die Vortr. 1900 gezeigt, haben sie bemerkenswerte Erfolge erzielt. Die Aufrichtung der Bruchstücke geschieht ohne Narkose, der Stützapparat bleibt mehrere Tage, wird bis zur völligen Heilung wiederholt eingelegt und gereinigt.

J. Reverdin (Genf): Epithéliome non adamantin du maxillaire supérieur chez un jeune homme. Résection partielle. Guérison datant de dix ans.

Bei dem Kranken fehlte der linke II. Prämolar; man hielt deshalb die Geschwulst für eine Zahncyste; tatsächlich war sie solid und enthielt, mikroskopisch untersucht, nur Plattenepithelien, keine auf die Schmelzanlage bezüglichen Elemente.

Jacques (Nancy): Du traitement opératoire des tumeurs solides du maxillaire supérieur.

J. wendet sich gegen die zu allgemein übliche totale Resektion des Oberkiefers wegen selbst gutartiger Neubildungen, deren vollkommene Entfernung mit geringerer Gefahr auch von der Mundhöhle aus möglich sei, wenn man sich vorher von der Ausdehnung der Geschwulst durch Probetrepanation der Highmorshöhle Rechenschaft gegeben habe.

Morestin (Paris) stimmt Jacques völlig bei.

Willems (Gand): Valeur des injections préventives de sérum antistreptococcique dans les opérations plastiquées sur la bouche.

W. benutzt ein von Denys (Louvain) dargestelltes polyvalentes Serum, welches in der Dosis von ca. 20 ccm am Tage vor einer Uranoplastik den 4—5jährigen Kindern injiziert wird, ebenso wie nach beendeter Operation. Die Wunden belegen sich nicht, eitern nicht, und heilen gewöhnlich per primam.

Hals und Brust.

Ceci (Pisa): Extirpation de la carotide primitive, de la jugulaire interne et du pneumogastrique dans l'ablation d'un cancer branchiogène. Guérison.

Der so Operierte war ein 60jähriger Mann mit Arteriosklerose; er zeigte keinerlei Störungen. Es scheint demnach die gleichzeitige Unterbindung der zu- und abführenden Gefäße das Blutgleichgewicht im Gehirn nicht zu stören.

Péraire (Paris): Appareil destiné à maintenir le redressement de la tête dans le torticolis.

Der aus Karton gefertigte Apparat greift mit boleroähnlicher Schale am Brustkorb an; gleichzeitig übt er am stark übergeneigten Kopf Gegenzug mit am Schuh befestigten Gummibändern.

Moulonguet (Amiens): Rétrécissement cicatriciel et spasmes de l'oesophage.

Daß Krämpfe einen Hauptanteil an der Dysphagie bei Narbenstenosen der Speiseröhre bilden, zeigt dieser Fall, wo ein 7jähriges Kind, das verhungert wäre, am Abend der Gastrostomie Milch trinken konnte. In der Nachbehandlung verursachte die Dilatation einen Einriß mit nachfolgender schwerer Entzündung, die jedoch zurückging.

Marian (Peronne): Rupture de l'oesophage sein.

Die Verletzung war bei einem Typhuskranken wahrscheinlich durch Erbrechen entstanden, welches infolge beginnender Peritonitis aufgetreten war.

Roux (Lausanne): Résultats de la résection pour perichondrite costale tuberculeux, chez les adultes, par le procédé à tranchée préliminaire.

Gewöhnlich infizieren sich die Knorpelstümpfe resezierter Rippen, unterhalten Eiterung, erzeugen Rezidiv. Deshalb umschneidet R. genügend lange Zeit vor dem radikalen Eingriffe das Operationsfeld weit im Gesunden durch alle Lagen und schreitet zur Resektion erst, wenn frisches Narbengewebe die Knorpelstümpfe genügend isoliert hat.

Diskussion: Depage (Brüssel) überkleidet Rippen und Knorpel mit Haut.

Mayer (Brüssel): Quelques considérations à propos de la chambre pneumatique de Sauerbruch, destinée à parer aux dangers du pneumothorax.

Bericht über die Unterdruckkammer Sauerbruch's und zehn von v. Mikulicz in derselben ausgeführte Thoraxoperationen.

Diskussion: Delagénière (le Mans) meint, die Furcht vor dem Pneumothorax sei unbegründet, wenn man wisse, ihn methodisch herzustellen.

Faure (Paris) hat nie ernstere Komplikationen durch Pneumothorax gesehen.

Depage (Brüssel) hat bei Operation einer sternalen Geschwulst beide Pleuren eröffnet; der Kranke lebte noch 8 Tage.

Mayer (Brüssel) weist darauf hin, daß der Sauerbruch'sche Apparat gleichzeitige Eröffnung beider Pleuren gestatte.

Delagénière (le Mans): Wenn man zweizeitig operiere, vermeide man den gleichzeitigen doppelseitigen Pneumothorax.

Michaux (Paris) hat immer Atmungs- und Zirkulationsstörungen beim Eintritte des Pneumothorax gesehen und hält den Sauerbruch'schen Apparat für berufen, noch gute Dienste zu leisten.

Hallion (Paris) weist auf die Gefahr der Luftinfektion bei Pneumothorax hin als Folge des energischen Luftwechsels.

Martin (Genf): Corps étranger des bronches extrait par incision d'un abcès de la peroi thoracique.

Ein 14jähriges Mädchen aspiriert im Laufen eine Grasähre; darauf Pneumonie; 6 Wochen später Abszeß in der Höhe der 10. und 11. Rippe rechts. Bei Eröffnung Eliminierung der Ähre.

Ceci (Pisa): Techniqe opératoire dans l'extirpation d'un enorme kyste dermoide sacro-lombaire.

Laparotomie, Entleerung des Inhaltes, Ligatur beider Hypogastricae, Extraktion der Cyste vom Perineum her nach Resektion des Steißbeines.

Calot (Berck sur mer): Ce qu'il faut demander à tous les appareils pour mal de Pott.

C. verlangt vom Korsett nicht nur Extension durch Angreifen an Kopf und Becken, sondern auch direkten elastischen Druck auf den drohenden oder vorhandenen Buckel. Bei Gipskorsett läßt sich dies durch eine Fensteröffnung mit Hilfe von zahlreichen Wattelagen und elastischer Binde, bei Zelluloidverbänden durch ein regelrechtes verschließbares Türchen erreichen. **Christel** (Metz).

(Schluß folgt.)

---

25) **W. Rosenberger.** Mehrere Fälle von chirurgischer Lues.
Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

Verf. betont die Schwierigkeit der Diagnose der in Geschwulstform auftretenden oder in Knochen und Gelenken lokalisierten sog. chirurgischen Lues im Spätstadium der Krankheit. Gar nicht selten sind, worauf mit besonderem Nachdrucke hingewiesen zu haben ein großes Verdienst v. Esmarch's ist, Verwechslungen mit bösartigen Geschwülsten vorgekommen und unnötige, zum Teil verstümmelnde Operationen vorgenommen worden. Um sich vor derartigen unangenehmen

Überraschungen zu schützen, muß in allen zweifelhaften Fällen, wo es angängig ist, eine Probeexzision ausgeführt oder probeweise eine antiluetische Kur von 8 bis 14 Tagen eingeleitet werden, und zwar soll stets Jod und Quecksilber zusammen und in hohen Dosen gegeben werden. Im übrigen werden aber auch Gummata, die an leicht zugänglichen Stellen sitzen und durch ihre Lage Beschwerden machen, am besten exstirpiert. Für die Versicherungspraxis ist es wichtig, daß Traumen bei latenter Lues ein auslösendes Moment zur Entstehung syphilitischer Affektionen abgeben können, und daß sich auf dem Boden eines Syphiloms Karzinom entwickeln kann.

Kasuistisch bespricht R. ausführlich zwei bereits 1902 von Meyer veröffentlichte Fälle von Lebergummaten und gibt eine tabellarische Übersicht von 32 ähnlichen Erkrankungen. Ferner berichtet er über drei Fälle von Muskelgummen (zweimal Pectoralis major, einmal Extensoren am Unterarm), über eine Analfistel auf luetischer Basis (? Ref.), über eine luetische Gonitis und über eine gummöse Infiltration der Kniekehlenhaut. Die beiden letzteren Fälle sind besonders interessant, weil sie im Anschluß an ein Trauma zur Entwicklung gekommen sind und weil die Kniegelenksentzündung lange Zeit für tuberkulös gehalten und erfolglos behandelt ist. Spezifische Behandlung brachte Heilung. **Müller** (Dresden).

26) **Keen and Sweet** (Philadelphia). A case of gunshot wound of the brain in which the Roentgen-rays showed the presence of eight fragments of the bullet.

(Amer. journ. of the med. sciences 1903. Juli.)

Dem in dem Titel enthaltenen Inhalt ist hinzuzufügen, daß die Fragmente eines 7 mm-Geschosses in dem beiderseitigen Hemisphärenmark eingebettet waren, und der Verletzte, der anfänglich epileptiforme Anfälle hatte, völlig genas und ein halbes Jahr nachher keinen weiteren Anfall gehabt hatte.

S. beschreibt im Anschluß daran eine Methode der Fremdkörperbestimmung, wie sie von Mackenzie Davidson angegeben wurde: Der Körperteil ruht auf einem Kasten, in welchen die Kassetten eingeschoben werden. Zur Orientierung dient das bekannte Drahtkreuz, das über den Kasten gespannt ist. Die Stellungen der Anoden werden durch zwei horizontale Zeiger, welche an einem am Kasten angebrachten vertikalen Stabe verschieblich sind, fixiert. Eine auf dem Kasten befestigte Pause der beiden Negative zeigt die beiden Schatten des Fremdkörpers, welche mittels Fäden mit den Anodenpunkten verbunden werden. Die Kreuzungsstelle entspricht dem Sitze des Fremdkörpers.

(Diese Methode bleibt hinter der mathematischen Berechnung wegen ihrer Ungenauigkeit zurück, zumal der Kreuzungspunkt der Fäden infolge der verhältnismäßig großen Entfernung von Kasten- und Kassettenniveau immer höher zu liegen kommt, als der Wirklichkeit entspricht. Ref.)

Hofmann (Freiburg i. B.).

27) **Mermingas.** Über die Krönlein'sche Operation.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1904. Nr. 12.)

Revolverschuß gegen die Stirn. Da Amaurose des rechten Auges vorhanden war und der Pat. das Gefühl hatte, als ob ein Fremdkörper im rechten Auge sei, wurde die Krönlein'sche Operation ausgeführt. Statt hierbei den Proc. frontalis des Jochbeines und den Proc. zygomaticus des Stirnbeines mit dem Meißel durchzumeißeln, führte M. eine Gigli'sche Drahtsäge mittels Deschamps' Nadel durch die Fissura orbitalis von innen nach außen unter Durchstoßung der äußeren Orbitalwand und durchsägte auf diese Weise den Proc. frontalis und zygomaticus. Das Geschoß lag dicht vor dem Foramen opticum, der Bulbus blieb erhalten; die Sehkraft war aber verloren. **Herhold** (Altona).

28) **Kennedy.** Case presenting a sinus which traversed the cranium completely and contained some portions of a straw hat carried into the brain by means of a spike; operation; recovery.

(Glasgow med. journ. 1905. Januar.)

Ein Junge von $3^1/_4$ Jahren fiel mit der rechten Kopfseite auf eine eiserne Spitze. Es blieb eine sezernierende Wunde zurück, die aber $3^1/_2$ Monate lang keine weiteren Erscheinungen machte. Dann plötzlich Erbrechen, Fieber und Symptome des Hirnabszesses. Die Operation ergab einen dicht über dem rechten Ohre beginnenden, das ganze Hirn quer durchsetzenden, eitergefüllten Kanal, in welchem sich durch das Trauma abgerissene Stückchen vom Strohhute des Pat. vorfanden. Tamponade. Heilung ohne jeden Defekt. **W. v. Brunn** (Rostock).

29) **Kennedy.** Case of large abscess of the brain; operation; recovery.

(Glasgow med. journ. 1905. Januar.)

Erfolgreiche Operation eines otitischen Hirnabszesses von erheblicher Größe. Zeichen starken Hirndruckes, Neuritis optica der rechten erkrankten Seite. Ein großer Teil des Schläfenlappens war zerstört. Um so bemerkenswerter ist die völlige Heilung. **W. v. Brunn** (Rostock).

30) **Uchermann.** Otitische Gehirnleiden.

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. XLVI.)

U. berichtet über elf otitische Hirnabszesse, die von 1891—1902 in der Ohrenklinik zu Christiania beobachtet wurden. Die Schlüsse, die sich aus der genauen Analyse bezüglich der Symptome, Diagnose, Therapie usw. ergeben, decken sich im allgemeinen mit den Resultaten anderer Beobachter. **Hinsberg** (Breslau).

31) **Eulenstein.** Bemerkenswerter Fall von multiplen intrakraniellen Komplikationen bei chronischer Mittelohreiterung.

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. XLVII. p. 84.)

Die Pat. E.'s, ein 21jähriges Mädchen, kam trotz der Schwere der Erkrankung (Cholesteatom, Extraduralabszeß, Phlebitis des Sinus und der Jugularis und periphlebitischer Abszeß, Kleinhirnabszeß, Lungenembolie) nach mehrfachen Operationen zur Heilung. **Hinsberg** (Breslau).

32) **Hansberg.** Kasuistische Mitteilungen.

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. XLIV.)

H. berichtet über neun Fälle von Sinusphlebitis, drei Hirnabszesse und zwei Operationen wegen Mastoiditis bei Diabetikern. Während der eine der letztgenannten Pat. im Anschluß an die Operation schwere Störungen zeigte (Temperaturerhöhung, Benommenheit, starke Abmagerung), verlief beim anderen die Heilung ganz normal.

Die Pat. mit Hirnabszeß (zwei otitische Schläfenlappen, ein rhinogener Stirnhirnabszeß) erlagen alle der Erkrankung. Bei einem wurde der Abszeß auf Grund einer Paraphasie richtig diagnostiziert, doch fiel die wiederholte Probepunktion vermittels Skalpells negativ aus, trotzdem der Abszeß sicher getroffen wurde. Der Eiter war so zäh, daß er sich durch die Inzision nicht entleerte. Beim zweiten Schläfenlappenabszeß, der entleert wurde, ist eine vollständige Lähmung der kontralateralen Seite, für die sich bei der Autopsie keine Erklärung fand, bemerkenswert. Der Stirnhirnabszeß fand sich erst bei der Autopsie; die Infektion war anscheinend vom Siebbein aus durch makroskopisch unveränderten Knochen erfolgt.

Besonders interessant sind die Erörterungen H.'s über den Nutzen der Jugularisunterbindung in der Therapie der Sinusphlebitis. Auf Grund von Injektionsversuchen an der Leiche weist er darauf hin, daß auch nach Unterbindung des Hauptabflußweges, also der Jugularis, doch noch infektiöses Material aus dem

Bulbus Venae jugularis bezw. dem oberen Venenabschnitt in den Kreislauf gelangen könne, und zwar durch die meist sehr stark entwickelten Venae condyloideae, durch den Sinus petrosus inferior und event. durch den Sinus marginalis.

Trotzdem also eine vollständige Absperrung des Eiterherdes durch die Jugularisunterbindung nicht erwartet werden kann, hält H. diesen Eingriff doch für sehr wichtig und in allen Fällen von Sinusphlebitis für indiziert, in denen eine Ausräumung des Sinus stattfinden soll. Die durch die Absperrung des Blutstromes im oberen Venenabschnitt geschaffenen Gefahren (Abszeß in der Vene und Periphlebitis) lassen sich durch geeignete Maßnahmen paralysieren. H. nimmt die Resektion der Vene stets vor der Sinusoperation vor, um zu verhindern, daß bei letzterer Thromben in den Kreislauf geschleudert werden.

Die Arbeit enthält noch eine große Menge interessanter Beobachtungen und Untersuchungen, die hier nicht alle referiert werden können.

Hinsberg (Breslau).

33) **W. Lange.** Ein Fall von primärem Zylinderzellenkarzinom des Mittelohres.

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. XLVI. p. 209.)

Die Geschwulst wurde bei der Sektion eines 83jährigen Mannes, der ohrenärztlich nicht untersucht war, gefunden. Die Geschwulst hatte zu umfangreichen Zerstörungen im Felsenbein und zur Metastasenbildung in den regionären Lymphdrüsen sowie in den Lungen geführt. Nach L. wurde ein primärer Zylinderzellenkrebs des Mittelohres bisher noch nicht beschrieben. **Hinsberg** (Breslau).

34) **Stegmann.** Nase vor und nach Hobelung im Röntgenbilde.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 1.)

Verf. zeigt uns die Röntgenbilder der Nase einer Schauspielerin vor und nach der von Gersuny vorgenommenen Hobelung des knöchernen Nasengerüstes. Es wurde eine »Profillinie von klassischer Form« erreicht. Eine Narbe ist nicht sichtbar. **Gaugele** (Breslau).

35) **Motschan.** Ein Fall des Wasserkrebses, geheilt bei der Anwendung des roten Lichtes. (Aus der Kinderklinik des medizinischen Instituts für Frauen zu St. Petersburg.)

(Archiv für Kinderheilkunde Bd. XL. Hft. 4—6.)

Ein Knabe von 9 Jahren erkrankte nach Scharlach, Varicellen, Masern, Otitis media suppurativa, die er hintereinander durchgemacht hatte, an Noma der linken Wange. Das perforierte Geschwür maß 3,9 : 2,5 cm. Die Diagnose war nach dem ganzen Befunde zweifellos.

Gleich nach der Aufnahme ins Krankenhaus wurde die örtliche Behandlung des Ulcus mit rotem Lichte vorgenommen. Zu diesem Zwecke benutzte man eine gewöhnliche, 16 Kerzen starke elektrische Glühlichtlampe mit rotgefärbtem Glase, der noch ein kegelförmiger Reflektor aus Blech beigefügt war. Beleuchtet wurde ausschließlich nur die Wunde, die Augen wurden geschützt. Die Entfernung zwischen dem Geschwür und der Lampe betrug 25 cm, und die Beleuchtung wurde Tag und Nacht fortgesetzt. Andere örtliche Behandlung fand nicht statt. Das Ulcus wurde nur von Zeit zu Zeit mit trockener Watte abgerieben.

Die Wirkung des roten Lichtes machte sich nun sehr bald geltend. Schon am 3. Tage schwanden die Schmerzen, die sonst der Knabe beim Öffnen des Mundes hatte. Eine Entfernung der Lampe auf $1/2$ Stunde ließen dieselben sofort wiederkehren. Der Fötor schwand bei dieser Behandlung sehr rasch, und die Oberfläche des Geschwüres wurde trocken und bedeckte sich mit kräftigen Granulationen. Am 12. Behandlungstage zeigte sich bereits am oberen Rande der Wunde eine kleine Narbe, die nach weiteren 12 Tagen die ganze Geschwürsoberfläche bedeckte.

Die Behandlung mit rotem Lichte begann erst am 19. Tage der Krankheit. Sie ist bei weitem einfacher als alle bisher beschriebenen Behandlungsmethoden.

Prof. Ssokoloff wandte bereits im Jahre 1900 das rote elektrische Licht bei einer Noma zum erstenmal an. (Ssokoloff, Der Wasserkrebs beim Kinde, geheilt bei der Anwendung der roten elektrischen Lampe, Sonderabdruck aus »Botkin's Zeitung« 1900, russ.) **A. Niché** (Breslau).

36) **Tietze.** Ein Protozoenbefund in einer erkrankten Parotis.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 3.)

Bei einem 4 Monate alten Kinde hatte sich seit der 10. Lebenswoche eine Geschwulst der rechten Parotisgegend gebildet, die bis zur Größe eines Borsdorfer Apfels wuchs; am wahrscheinlichsten war die Diagnose auf Lymphangiom. Die Geschwulst wurde exstirpiert und kehrte nicht wieder; makroskopisch bot sie den Bau einer normalen, allerdings übermäßig vergrößerten Parotis dar; mikroskopisch fand sich Untergang der Drüsenelemente und Ersatz derselben durch junges zell- und kernreiches Bindegewebe. In den Drüsengängen, teils frei in der Lichtung, teils wandständig, lagen eigentümliche, meist runde Gebilde, die die Größe normaler Epithelzellen der Parotis um das 3—4fache übertrafen, sich gut färbten; der Protoplasmaleib von groben Körnchen vollgestopft, in der Mitte ein helles Bläschen, in dem ein nierenförmiges Kerngebilde ohne Körnelung oder Chromatingerüst lag. Kulturen konnten nicht gemacht werden. Protozoenkenner erklärten die Gebilde für Protozoen. Es ist anzunehmen, daß sie durch den Ductus parotideus in die Parotis aus der Mundhöhle einwanderten und die Erkrankung verursachten. **Haeckel** (Stettin).

37) **R. Winslow.** A case of so-called traumatic asphyxia.

(Med. news 1905. Februar 4.)

Verf. bereichert den in der neuesten Zeit als traumatische Asphyxie bezeichneten Symptomenkomplex um einen Fall, der einen 22jährigen, an einem Aufzuge beschäftigten Menschen betraf. Derselbe geriet durch ein Versehen derartig zwischen die Decke und den Boden des Elevators, daß der Kopf gegen die Brust und die Fersen gegen den Steiß gepreßt wurden. Ein Bruch der 4., 5. und 6. linken Rippe mit Hautemphysem, sowie eine Quetschwunde am After bildeten die Folgen. Ferner waren beide Conjunctiven mit Blut unterlaufen. Das bemerkenswerteste aber war eine bläuliche Verfärbung des Halses und Kopfes bis zum Niveau des Ringknorpels, woselbst dieselbe scharf abschnitt. Sie hatte einen punktförmigen Charakter, war aber so diffus wie ein Scharlachexanthem. Druck brachte die Cyanose nicht zum Verschwinden. Dieselbe verschwand nur ganz allmählich, so daß bei der Entlassung am 12. Tage noch eine bläuliche Verfärbung zu erkennen war. Ein der cyanotischen Partie des Halses entnommenes Stück Haut zeigte deutlich erweiterte Kapillaren, doch kein Extravasat. **Hofmann** (Freiburg i. B.).

38) **Lebrun.** Trois cas de spina bifida opérés et guéris.

(Journ. de chir. et ann. de la soc. belge de chir. 1904. September.)

Von besonderem Interesse ist der Erfolg, den Verf. in einem Falle von Meningomyelokele der Lendengegend mit Paresen der unteren Extremitäten durch die Operation erzielt hat. Die Wand des Sackes wurde rechts von Arachnoidea, links von Arachnoidea und dem flächenhaft ausgebreiteten unteren Teile des Rückenmarkes gebildet. Nur das Filum terminale war frei. Es gelang, die einzelnen nervösen Elemente der Wand zu isolieren und zu reponieren. Zum Verschluß der Wirbelspalte bildet L. beiderseits einen brückenförmigen Periost-Muskel-Aponeurosenlappen. Das Periost wird von den Wirbelbögen und den Querfortsätzen abgehebelt. Die Lappen sollen etwa 2—3 cm breit sein. Sie werden über den Wirbelspalt gezogen und hier längs vernäht. In dem obenerwähnten Falle ging die Parese der Unterextremitäten völlig zurück. **Läwen** (Leipzig).

39) **D. Pupovac.** Zur Kenntnis der pathologischen Anatomie und Genese der Hydromeningocele sacralis anterior.

(Arbeiten aus dem Gebiete der klinischen Chirurgie 1905.)

Bisher sind nur ganz wenige Fälle von vorderer Spaltbildung des Wirbelkanales bekannt, und von diesen nur zwei genauer beobachtet worden. Der Fall, den P.

in der Gussenbauer'schen Klinik genauer zu beobachten Gelegenheit hatte, verdient daher das größte Interesse, da die Diagnose kaum zu stellen ist, und Fehldiagnosen verhängnisvolle Folgen haben können. Es handelte sich um eine 26jährige Pat., die wegen einer Geschwulst im Becken in Behandlung kam. Dicht am After fand sich außerdem eine nußgroße, fluktuierende Geschwulst, welche mit der inneren Geschwulst in Verbindung zu stehen schien. Bei der Operation von einem retrorektalen Medianschnitt aus wurde eine Cyste mit wasserhellem Inhalte gefunden, von der aus die Sonde mehr als 5 cm durch eine Lücke in der Mitte des Körpers des 4. Sakralwirbels in den Canalis sacralis vordrang. Die Cyste wurde reseziert und vernäht, dann die neben dem After sichtbare kleinere, mit gelbem Brei gefüllte Cyste entfernt, welche einen Fortsatz bis nahe an die erste hatte. Glatte Heilung.

Die Flüssigkeit der ersten Cyste zeigte chemisch das Verhalten von Zerebrospinalflüssigkeit. Später wurde mit Sicherheit ein Uterus bicornis und durch Röntgenbild eine Spaltung des Kreuzbeines in zwei Fortsätze vom 3. Wirbel ab konstatiert.

Der einzige, diesem genau entsprechende Fall ist von Kroner und Marchand publiziert. Auch hier war die Diagnose nicht gestellt, vielmehr in der Annahme einer Cyste des Lig. latum eine Punktion gemacht worden. Tod an Meningitis.

Verf. bespricht dann die verschiedenen Anschauungen über die Entstehung derartiger vorderer Meningokelen und kommt, speziell auch auf Grund des histologischen Befundes, zu der Ansicht, daß mangelhafter Verschluß des Canalis neurentericus ein prädisponierendes Moment dafür abgibt. Er glaubt, daß sowohl die Cystenbildung, wie der Meningokelensack auf eine gemeinsame Anlage, den Canalis neurentericus, zurückzuführen sind. Bezüglich Einzelheiten der sehr interessanten Arbeit muß auf das Original verwiesen werden. **Renner** (Dresden).

40) **Djemil-Pacha** (Constantinople). Corps étranger de la bronche droite. Rapport par M. C. Walther.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1169.)

Ein 6jähriges Kind hatte eine 4 cm lange, 8 mm breite metallene Bleistifthülse verschluckt. Einem momentan auftretenden Erstickungsanfalle folgte eine Woche völliger Ruhe; außer einem leichten Schmerz bei Druck auf die Luftröhre bestand völliges Wohlbefinden. Am 8. Tage trat ein Hustenanfall mit folgendem, mehrere Minuten dauerndem Erstickungsgefühl auf. Von da ab war der Schmerz in der Luftröhre verschwunden, der Husten hielt hingegen an und war von blutigem Auswurf begleitet. Am 10. Tage stellte D.-P. ein Verschwinden des Atemgeräusches auf der rechten Seite fest bei Erhaltenbleiben des sonoren Perkussionsschalles. Er diagnostizierte einen Fremdkörper im rechten Hauptbronchus und konnte ihn von einem tiefen Trachealschnitt aus nach einigen vergeblichen Versuchen extrahieren. Pat. genas. **Reichel** (Chemnitz).

41) **Walther.** Fistule broncho-cutanée. Excision du trajet fistuleux. Suture du poumon. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXX. p. 26.)

Nach einer Pneumotomie wegen einer zitronengroßen, etwa 5 cm unter der Oberfläche gelegenen, nicht tuberkulösen Lungenkaverne mit gleichzeitigem abgesackten Empyem blieb bei dem 35jährigen Pat. eine Bronchialfistel zurück, welche ihn außerordentlich belästigte. Er hustete häufig mit geringem Auswurf. 20 Monate nach der ersten Operation exzidierte W. deshalb den ziemlich dickwandigen, innen epidermisierten Fistelgang bis auf eine Tiefe von 4 cm, schloß seine in die Lunge mündende Lichtung durch eine feine Catgutnaht, legte darüber noch zwei etagenförmige Lungennähte und nähte die Hautwunde ohne Drainage. Heilung ohne Zwischenfall. Husten und Expektoration verschwanden vollständig.

Reichel (Chemnitz).

42) Arnsberger. Herzverziehung durch mediastinale Prozesse mit nachträglicher Lungenerkrankung.

(Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. III. Hft. 3.)

Als entscheidendes diagnostisches Hilfsmittel in Fällen von Dextrokardie, wo es zweifelhaft ist, ob man es mit einem angeborenen oder erworbenen Zustande zu tun hat, hat sich die Röntgendurchleuchtung des Brustkorbes erwiesen.

Bei einem Manne, der sich in ärztlichen Gesellschaften als Fall von angeborener Dextrokardie vorzustellen pflegt, konnte A. nachweisen, daß die Herzspitze links lag, und daß das Herz im ganzen nach rechts und mit seiner Basis nach hinten verzogen war, so daß die Spitze etwas mehr nach vorn gerichtet war als gewöhnlich. Dem Befund und der Anamnese nach ist diese Verziehung auf narbige Schrumpfungsprozesse im hinteren Mediastinum zu beziehen, die wiederum von einer Bronchialdrüsentuberkulose in früher Kindheit herstammen dürften. Ein gutes Skiagramm ist beigefügt. **W. v. Brunn** (Rostock).

43) W. Schubert. Schuß durch das Ventrikelseptum des Herzens. Herznaht. Heilung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 71.)

S. hatte die fragliche Verletzung im Hamburger Hafenkrankenhause zu versorgen. Der betreffende junge kräftige Mensch hatte sich vor $^1/_2$ Stunde in die Brust geschossen und zeigt im linken 4. Interkostalraume 3 cm einwärts der Warzenlinie einen linsengroßen Einschuß, der nicht mehr blutet, aus dem aber zuweilen kleine Luftblasen aufsteigen. Starke Anämie, Bewußtlosigkeit. Puls 112, klein. Nach Resektion der 4. Rippe in einer Länge von 5 cm von der Knorpel-Knochengrenze nach außen wird zunächst ca. 1 Liter Bluterguß aus der Pleurahöhle entfernt. Im Herzbeutel findet sich ein hanfkorngroßes Loch, das auf 6 cm erweitert wird. Am Herzen zweifingerbreit über der Spitze, 1 cm nach rechts von den Gefäßen, ein linsengroßes, scharfrandiges Loch, nicht blutend. Ein zweites ebenso großes, aber ziemlich stark blutendes Loch in der hinteren Herzwand etwas höher gelegen als das der Vorderwand. Austupfung von ca. 100 ccm teilweise geronnenen Blutes aus dem hinteren Abschnitte des Herzbeutels. Catgutnaht der beiden Herzschußwunden, ebenso einer durch den Operateur versehentlich gemachten kleinen Herzschnittwunde. Catgutnaht des Perikards, Seidennaht der Brustwunde inkl. Pleura. Die Operation, während der vorübergehend einige Tropfen Chloroform gegeben waren, hatte $^3/_4$ Stunde gedauert. In der ersten Zeit einige bedenkliche Erscheinungen, Krämpfe, Temperatursteigerung, schmerzhafte Herzpulsation — dann ungestörte Heilung.

Nach Leichenexperimenten nimmt S. an, daß das Geschoß das Ventrikelseptum durchschossen hat, ohne in eine Ventrikellichtung zu perforieren. Wahrscheinlich wäre bei einer Eröffnung des Ventrikels die Blutung auch größer gewesen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

44) H. Curschmann. Über Rachitis tarda.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 3.)

C. gibt aus der Erb'schen Klinik drei Fälle von Rachitis tarda, welche die Existenz dieser von manchen noch bestrittenen Krankheit entschieden beweisen. Ausführlich wird einer dieser Fälle, welcher noch im floriden Stadium zur Beobachtung kam, beschrieben. Ein 18jähriges Mädchen bekam Schmerzen in den Hüften, watschelnden Gang, Auftreibung der Epiphysen an den Extremitäten, rachitischen Rosenkranz, nach innen konkave Wölbung der Tibien, plattes rachitisches Becken; Stillstand im Körperwachstum war schon einige Jahre vorher eingetreten. Die Schmerzen in den Beinen nahmen so zu, daß schließlich das Gehen sehr erschwert und Pat. zu jeder Beschäftigung untauglich wurde. Auf Bettruhe, Phosphorlebertran und Salzbäder kam es innerhalb von 2—3 Monaten zum Stillstande des Leidens und Rückbildung einiger objektiver Veränderungen, vor allem aber zu einer außerordentlichen Hebung des Allgemeinbefindens.

Haeckel (Stettin).

45) **Le Fort** (Lille). Anévrysme diffus du creux poplité: suture de l'orifice circulaire. Développement d'un second anévrysme: résection très étendue de l'artère et de la veine. Guérison. Rapport par M. F. Legueu.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1180.)

Ein die linke Kniekehle von außen oben nach innen unten durchsetzender Revolverschuß hatte bei dem 52jährigen Pat. zu einem diffusen Aneurysma der Kniekehle geführt, das 2 Monate später der Perforation nahe war. Bei der Operation drang Le F. nach Entfernung der Aponeurose in einen großen, mit Blut gefüllten Sack, dessen Innenwand mit einer Art Intima einer Arterie ausgekleidet war. In seiner Tiefe sah man eine 12 mm lange, 5—6 mm breite ovale Öffnung, anscheinend das Loch in der Arterie. Le F. frischte diese Öffnung an und schloß sie durch exakte, nicht perforierende Catgutnaht, über die er zur größeren Sicherheit noch einige Bindegewebsnähte legte. Darauf komprimierender Verband. Beim ersten Verbandwechsel nach 10 Tagen, nach völlig ungestörtem Wundverlaufe, fand er die Kniekehle wiederum von einer pulsierenden Geschwulst ausgefüllt, die aber etwas weiter unten und innen als die erste saß. In der Annahme, daß die Arteriennaht nicht gehalten habe, schritt Le F. sofort zu einer neuen Operation. Zu seiner Überraschung fand er diese Naht unversehrt, die Geschwulst weiter nach vorn entwickelt. Es handelte sich um ein Aneurysma arterio-venosum, das Le F. nun durch Exstirpation der verletzten Gefäße mit Unterbindung der zu- und abführenden Arterie und Vene zur Heilung brachte. Die Untersuchung des Präparates ergab, daß die gemeinsame Gefäßscheide von dem Geschoß an zwei Stellen verletzt war; die bei der ersten Operation gelegte Naht hatte nicht das Loch der Arterie, sondern die eine Öffnung der Gefäßscheide geschlossen.

Mit Recht betont der Berichterstatter, Legueu, daß die Gefäßnaht bei Behandlung solcher Aneurysmen nicht paßt, die Ligatur vielmehr stets den Vorzug verdient. **Reichel** (Chemnitz).

46) **Bardescu** (Bukarest). Die Resektion der Nerven bei der schmerzhaften Gangrän der Glieder.

(Spitalul 1904. Nr. 21 u. 22.)

Nach den Prinzipien der konservativen Chirurgie soll man in Fällen von Gangrän nicht gleich operativ eingreifen, sondern warten, bis das nekrotisierte Stück sich zu begrenzen beginnt. In den Fällen von schmerzhafter Gangrän ist dies aber nicht gut möglich, da die Pat. die heftigen Schmerzen nicht aushalten können und infolgedessen Morphinisten werden. B. hat nun, um diesem vorzubeugen, anfangs die Nervendehnung versucht und dann zur Durchschneidung der betreffenden Nerven gegriffen, und zwar mit sehr gutem Erfolg. In einem dieser Fälle handelte es sich um einen 33jährigen Feldarbeiter, bei dem sich spontan eine sehr schmerzhafte Gangrän der linksseitigen Zehen und des Fußes bis zum Lisfranc'schen Gelenk entwickelt hatte. Epidurale Kokaineinspritzungen blieben erfolglos, ebenso auch die Dehnung des N. ischiadicus politeus externus und internus. Endlich wurde dieser Nerv in der Fossa poplitea in einer Ausdehnung von 4—5 cm reseziert und von diesem Zeitpunkte nicht nur ein vollständiges Verschwinden der Schmerzen beobachtet, sondern auch der brandige Teil begann sich abzugrenzen, die Zehen fielen ab, und endlich konnte unter günstigen Bedingungen die klassische Desartikulation im Chopart'schen Gelenke vorgenommen werden. Die Sensibilität des ganzen Gebietes war vollständig zurückgekehrt. **E. Toff** (Braila).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 17. **Sonnabend, den 29. April.** **1905.**

Zur Behandlung vorgefallener brandiger Hämorrhoidalknoten[1].

Von

Dr. Roman v. Barącz,

Privatdozent für Chirurgie a. d. Universität zu Lemberg.

Wenn vorgefallene Hämorrhoidalknoten entzündlich anschwellen und durch den After eingeklemmt werden, bringt man die Pat. in Beckenhochlagerung und trachtet die Knoten möglichst bald zu reponieren. Wenn dies wegen der großen Schmerzhaftigkeit nicht bald gelingt, so legt man einen Eisbeutel auf den After und läßt den Kranken in dieser Stellung einige Stunden verbleiben. Wenn auch dann die Reposition nicht gelingt, dann erweitert man den After in Chloroformnarkose; hierauf gelingt die Reposition leicht (Esmarch).

Beim Brand vorgefallener Knoten sind die Chirurgen über das einzuschlagende Verfahren nicht einig. Die Mehrzahl derselben neigt zur Anschauung, daß weder die Radikaloperation noch Reposition bei dieser Komplikation vorgenommen werden darf, und daß unter Anwendung schmerzstillender Mittel die spontane Abstoßung abgewartet werden soll[2].

Esmarch[3] rät, den After gewaltsam zu erweitern, die Knoten zu reponieren und auf die spontane Abstoßung der gangränösen Partien zu warten, eventuell das Glüheisen anzuwenden. Dagegen raten Quenu und Hartmann[4], in solchen Fällen sofort zur Radikaloperation mittels Cauterium actuale nach der Richet'schen Methode zu schreiten. Englische Autoren, und unter ihnen Henry Smith und Harrison Cripps, raten wieder, die spontane Abstoßung der gangränösen Partien abzuwarten.

In den letzten Jahren habe ich Gelegenheit gehabt, drei Fälle von Vorfall, Einklemmung und Gangrän der Hämorrhoidalknoten zu beobachten und in allen dreien bin ich sofort zur Radikaloperation geschritten. Ich wandte dabei die alte, in Deutschland unter dem Namen der v. Langenbeck'schen und in England der Smith'schen bekannte Methode an, nämlich die Verschorfung der Knoten mittels Thermokauter von Paquelin.

Der leitende Gedanke dieses Vorgehens war der Umstand, daß wir es hier zwar mit einer, durch Aufhebung des Blutkreislaufes be-

---

[1] Nach einem in der Lemberger medizinischen Gesellschaft am 21. Oktober 1904 gehaltenen Vortrage.

[2] Vgl. Rotter, »Die Krankheiten des Mastdarmes und Afters« im Handbuche der praktischen Chirurgie Bd. III 2. Teil p. 73.

[3] Die Krankheiten des Mastdarmes und Afters. Deutsche Chirurgie Liefg. 48. p. 177.

[4] Chirurgie du rectum. T. I. p. 374.

dingten, Gangrän zu tun haben, zu welcher jedoch die lokale Infektion sich hinzugesellt hat. Ähnlich wie bei der Gangrän der Extremitäten unter solchen Bedingungen die Amputation des Gliedes angezeigt ist, um der Allgemeininfektion vorzubeugen, sollte auch hier durch rasche Beseitigung des Infektionsherdes der Allgemeininfektion des Organismus vorgebeugt werden.

Ich verfuhr deshalb folgendermaßen: Dem Kranken wurde am Tage vor der Operation Rizinusöl verabreicht und reichliche Stuhlentleerungen herbeigeführt. In tiefer Chloroformnarkose dilatierte ich den After nach Récamier, wodurch die Einklemmung beseitigt wurde und die Knoten noch weiter vorfielen. Jeder gangränöse Knoten wurde nun stark vorgezogen, an seiner Basis möglichst weit von der nekrotischen Partie eine Smith'sche Klemmzange angelegt und fest zugeklemmt; dann der Knoten unterhalb der gangränösen Partie im Gesunden mit einem Thermokautermesser abgetragen und dann der Rest des Knotens bis auf die Zange verschorft. Der Mastdarm wurde danach leicht mit Jodoformgaze tamponiert, Pat. bei strikter Diät gehalten; innerlich wurde Opiumtinktur verabreicht. Nach 6—7 Tagen bekam Pat. Rizinusöl, worauf die granulierenden Wunden mit Lapissalbe verbunden wurden. Das Verfahren wich somit von den bei unkomplizierten Hämorrhoidalknoten angewandten nur insofern ab, daß nicht die ganzen Knoten, sondern nach Abtragung der gangränösen Partie nur der Rest, und zwar unter Rotglut verkohlt wurde. Etwa gleichzeitig vorhandene nicht gangränöse Knoten konnte man ganz verkohlen.

Erwähnen muß ich noch, daß ich seit mehr wie 20 Jahren diesem alten Verfahren bei der Operation von Hämorrhoidalknoten immer treu geblieben bin, und immer sehr gute Erfolge damit erzielte, nie Mastdarmverengerung, Blutungen, oder Rückfälle beobachtet habe.

---

1) **Duckworth.** Note on the occurence of subcutaneous fibroïd nodules in gouty persons.

(St. Bartholomew's hospital reports 1905. Vol. XL.)

D. macht auf die Knotenbildung unter der Haut bei zu Gicht veranlagten Menschen aufmerksam, welche von den fibrösen Knoten im Verlauf eines schweren akuten Gelenkrheumatismus unterschieden werden müssen, rein fibroider Natur sind und sich unabhängig von der Gicht entwickeln; sie bilden sich in oder auf Sehnen, seltener in Fascien, Gelenkbändern und im Periost, unverschieblich gegenüber diesen Teilen, und ändern, einmal gebildet, ihre Form nicht. Am häufigsten sitzen sie über den Extensorensehnen in der Mittelhandgegend, öfters auch an den Fingergelenken. Uratische Infiltration, Durchbruch nach außen oder Erweichung wird niemals beobachtet. Auf längere Behandlung mit Jodtinktur schwinden sie manchmal.

Mohr (Bielefeld).

2) **B. Müller.** Ein neues Verfahren der Blutstillung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 6.)

Es ist M. gelungen, eine mit Nebennierenpräparaten imprägnierte Gaze und Watte herzustellen, welche einen bestimmten Promillegehalt unzersetzter wirksamer Substanz enthält und dabei vollkommen steril ist. Diese Verbandstoffe sollen namentlich für Blutungen aus der Schleimhaut, aus Geschwüren, Wunden, aus dem Uterus nach Entbindungen, aus Cervixrissen usw. Verwendung finden. Die Herstellung hat die Firma Max Arnold, Chemnitz i. S., übernommen, die gern Probesendungen an die Ärzte liefert. **Langemak** (Erfurt).

---

3) **Baum.** Die örtliche Einwirkung von Nebennierensubstanz, Brenzkatechin und Spermin auf die Zirkulation.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904. Nr. 4.)

Die anämisierende Wirkung der Nebennierensubstanz ist um so energischer, schneller eintretend und länger dauernd, je normaler das Gewebe bezw. die Gefäße desselben sind; während normales Gewebe nach Aufhören der Anämie wieder normal erscheint, hinterläßt die Substanz eine um so größere venöse Hyperämie, je chronischer die Gewebsveränderungen sind; es hat sich deshalb die Anwendung der Substanz auf normales oder nicht schwergeschädigtes Gewebe zu beschränken. Die Substanz entfaltet nur vorübergehend und nicht auf längere Zeit ihre Wirkung.

Verf. konnte feststellen, daß unter der Wirkung des Brenzkatechins eine der Nebennierensubstanzwirkung ähnliche, vollständige Erblassung und Gänsehautbildung der Haut eintrat. Es ist demnach außerordentlich wahrscheinlich, daß das wirksame Prinzip der Nebennieren mit dem reduzierenden verknüpft ist.

Spermin und Nebennierensubstanz sind hinsichtlich ihrer lokalen Wirkung deutlich Antagonisten; denn Spermin bewirkt sofort nach Einwirkung auf das Gewebe eine starke Beschleunigung der Zirkulation und Erweiterung der Arterien und Kapillaren.

Langemak (Erfurt).

---

4) **R. Bernstein.** Über die Ergebnisse des Pasteur'schen Immunisierungsverfahrens gegen Tollwut.

(Fortschritte der Medizin 1905. Nr. 6.)

Das Verfahren der Gewinnung des Impfstoffes hat ebenso wie der Modus der Behandlung den ursprünglichen Pasteur'schen Vorschriften gegenüber vielfache Abänderung erfahren; die meisten Institute bevorzugen eine intensivere Behandlung, wenn es sich um schwerere, prognostisch ungünstige Bisse handelt; es wird entweder rascher zu stärkerem Virus übergegangen oder intravenös statt subkutan injiziert; die Art der Abschwächung des Virus scheint belanglos zu sein.

Nach einer Zusammenstellung von 40 Pasteurinstituten aller Erdteile mit Ausnahme von Australien wurden 104347 Menschen mit einer Mortalitätsziffer von 0,73% geimpft; die Zahlen sind jedoch nicht ganz einwandsfrei.

Örtliche Behandlung — Auswaschen, Aussaugen und Kauterisation — werden meist als vorteilhaft anerkannt, auf die allgemeine Behandlung dagegen wenig Wert gelegt; die Durchführung der ganzen Kur in einer Anstalt wäre der allgemein ambulant geübten vorzuziehen, weil Exzesse, wie Alkohol u. a., die Wirksamkeit derselben herabsetzen.

Die Immunitätsdauer wird auf 3 Jahre geschätzt; das Vorkommen von Todesfällen bei geimpften Personen hat die Impfung selbst — ein schon öfter gemachter Einwand — wohl kaum zur Ursache; ebenso sind auch die nach Art der Landry'schen Paralyse teils während, teils nach der Behandlung eingetretenen Lähmungen, die trotz der Fortsetzung der Impfungen meist zurückgehen, wahrscheinlich als Zeichen der beginnenden, durch den Biß verursachten Wutkrankheit, und nicht als Folgezustände der Impfung zu deuten.

Kronacher (München).

---

5) **C. Krafft.** Tétanos traumatique et sérothérapie préventive.

(Revue méd. de la Suisse romande 1904. Nr. 11.)

Die alleinige Ursache des Tetanus ist der Bazillus Nikolaier; die sonst beschuldigten Veranlassungen, wie Erkältung, Ermüdung, Farbe der Rasse, sind dabei von untergeordneter Bedeutung, tiefe, unregelmäßige Quetsch- und Rißwunden für die Entwicklung günstiger, als frische Schnitt- und Operationswunden.

Mischinfektionen — Prodigiosus — werden zuweilen beobachtet; zu fürchten sind die resistenten Sporen des Tetanusbazillus, die 5 Minuten langes Kochen auf 100° vertragen, mehrere Tage in 1‰iger Sublimatlösung leben können; eine beschmutzt gewesene, p. pr. geheilte Wunde kann noch nach 14 Tagen Tetanus veranlassen.

Als ein glücklicher Griff für Heilung und Verhütung des Tetanus muß die Entdeckung des Serums durch Behring und Kitasato betrachtet werden; nach Berner Versuchen dauert die Immunität nach subkutaner Injektion des letzteren 4—6 Wochen, kann event. durch nachfolgende Injektionen verlängert werden.

Die präventive Impfung ist noch wenig erforscht, eine Anzahl Fragen harren der Lösung, z. B. welche Zeit nach der Verletzung, wieviel Kubikzentimeter Serum soll man injizieren?, wann und wie oft die präventive Impfung wiederholen? u. a. m.

Verf. führt sechs Fälle von Schutzimpfung aus seiner Praxis an; in einem derselben, der geheilt ist, waren bereits Tetanussymptome vorhanden; in einem anderen trat die Erkrankung trotz Schutzimpfung nach mehreren Tagen auf und endete bei nachfolgender subkutaner und zerebraler Injektion von 50 ccm Berner Serum letal; in den übrigen Fällen wurden 2—4 Tage nach der Verletzung je 10 bis 20 ccm Berner oder Pariser (antitoxisches) Serum injiziert.

K. schließt mit dem lebhaften Wunsche, bei den durch Straßenkot u. a. infizierten Wunden sofort präventiv zu impfen; neben der Abneigung des Publikums gegen diese Impfung steht zurzeit auch noch der hohe Preis hindernd im Wege. **Kronacher** (München).

---

6) **E. Schramm.** Über sekundäre Bauchwandplastik nach Appendixoperation.

Diss., Kiel, 1904.

Wo nach Wurmfortsatzoperationen mit Tamponade nachbehandelt werden mußte, wird in der Kieler Klinik eine »sekundäre Bauchwandplastik« ausgeführt.

»Wenn die Wunde reichliche, gesunde Granulationen zeigt und nicht erheblich sezerniert«, werden die Granulationen ausgekratzt, die Wunde umschnitten und die Ränder soweit freipräpariert, daß die einzelnen Schichten der Bauchwand klar zutage liegen. Darauf werden die Schichten einzeln vereinigt. Vorher werden »bei einigermaßen klaffenden Wunden« dicke Zwirnnähte durch die ganze Dicke der Bauchwand gelegt und am Schluß der Operation geknüpft. Drains! Nach 4—5 Wochen werden die Pat. entlassen.

Der älteste so operierte Fall — vom November 1902 — wies im Mai 1904 eine in jeder Beziehung einwandsfreie Narbe auf. Auch bei schwer arbeitenden Männern haben diese Narben sich als dauerhaft erwiesen. **V. E. Mertens** (Breslau).

---

7) **Lambotte.** Sur les ptoses viscérales.

(Journ. de chir. et annal. de la soc. belge de chir. 1904. Oktober.)

Die subjektiven Beschwerden stehen nicht immer im Verhältnis zum Grade der sich bei der Operation findenden Enteroptose. Bei der Operation ist immer darauf zu achten, ob die Enteroptose nur ein Organ betrifft, oder ob mehrere dabei beteiligt sind. Die Nichtbeachtung dieser Regel erklärt z. B. den häufigen Mißerfolg der wegen Wanderniere vorgenommenen lumbalen Nephropexie. Eine Gastroptose existiert nie allein für sich. Fast immer ist sie von einer Gastrektasie und einer Pylorusstenose begleitet. Verf. hat sich daher bei Gastroptosen nie zur einfachen Fixation des Magens entschließen können. Er empfiehlt vielmehr, immer die Pylorektomie und die Faltung der vorderen Magenwand vorzunehmen. Bei allgemeinen Enteroptosen genügt niemals die Fixation eines einzelnen Organes. Immer müssen nach ausgedehnter Eröffnung der Bauchhöhle durch einen Medianschnitt alle die dislozierten Organe aufgesucht und für sich fixiert werden. L. schildert den günstigen Erfolg, den er durch eine in diesem Sinne durchgeführte Operation bei einer an Lebersenkung und Magendilatation leidenden Frau erzielt hat. Er hat bei dieser Frau in einer Sitzung die Wurmfortsatzexstirpation, die Pylorektomie, die Gastroplikatur und die totale Hepatopexie ausgeführt. Den intestinalen Ptosen legt L. keine große klinische Bedeutung bei.

Die angeblich von ihnen bedingten Beschwerden sind meist auf andere Veränderungen, wie Pylorusstenose, Gallensteine, oder Hepatoptose zurückzuführen. Daher wird man diese Beschwerden durch die einfache Kolopexie nicht beseitigen. Auch die Hepatopexie hat L. nur sehr selten allein, öfters aber bei Magenoperationen und dann mit gutem Erfolg vorgenommen.

Mehrfache Mißerfolge nach einfachen Nephropexien haben schließlich L. veranlaßt, hier transperitoneal vorzugehen, um nicht andersartige, aber gleiche Symptome machende Erkrankungen, wie Appendicitis, Cholecystitis usw., zu übersehen. Sein Verfahren bei der transperitonealen Nephropexie ist folgendes:

Je nach den Fällen wird die Bauchhöhle durch einen Mittel- oder seitlichen Schnitt eröffnet. Die Niere wird nach Inzision in die hintere Bauchfellwand zu Gesicht gebracht und an ihrer Hinterfläche von der Kapsel befreit. Die Fixation der Niere geschieht dadurch, daß vier Seidennähte durch ihre Substanz und die Weichteile der Lumbalgegend geführt und nach außen über eine Gazerolle geknüpft werden. Dann erfolgt die Naht des hinteren Bauchfells, sowie der Verschluß der Bauchwunde. Gegebenenfalls kann man hinten in der Lendengegend noch eine Gegeninzision anlegen und hier drainieren.

Läwen (Leipzig).

---

8) **A. Guinard.** Des erreurs de diagnostic causées par les douleurs d'origine appendiculaire (Appendicalgie).

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXX. p. 61.)

G. weist auf die außerordentliche Häufigkeit der Fälle von chronischer Appendicitis hin, deren einziges klinisches Symptom das Vorhandensein von Schmerzen ist, typische Anfälle fehlen, bei denen der pathologisch-anatomische Befund oft sehr geringfügig ist, nur in kleinen Kotballen im Wurmfortsatz oder einfachen Knickungen durch Verwachsungen oder mäßiger Schleimhautschwellung oder einer Ekchymosierung derselben besteht, und daß die Entfernung des Wurmfortsatzes radikale Beseitigung aller Beschwerden bringt. Der Sitz des Schmerzes ist bei verschiedenen Personen, entsprechend der wechselnden Lage des Wurmfortsatzes, verschieden, bei der gleichen Person aber immer an der nämlichen Stelle und durch Druck wie durch einen elektrischen Schlag auslösbar. G. bezeichnet das Symptomenbild deshalb als Appendicalgie. Die Diagnose wird namentlich in den Fällen häufig — selbst von sehr guten Beobachtern — verkannt, in denen andere, deutlich nachweisbare Erkrankungen zunächst ins Auge fallen und dadurch den Verdacht erwecken, daß sie auch die Ursache der geklagten Schmerzen seien. Ihre operative Beseitigung ist dann von Mißerfolgen gefolgt insofern, als der Schmerz nach wie vor bestehen bleibt. G. stellt eine große Anzahl von Fällen zusammen, in denen solche diagnostische Irrtümer teils anderen Chirurgen, teils ihm selbst passiert sind. Verwechslungen kommen namentlich vor und wurden von ihm beobachtet bei gleichzeitigem Vorhandensein von Hernien,

Geschwülsten der Gebärmutter, der Eierstöcke, Salpingitis, beweglicher Niere, Vorfall der Genitalien, Metritis, Dysmenorrhöe. Nach G. rufen insbesondere Fibromyome des Uterus und gutartige Ovarialkystome für sich allein fast nie Schmerzen hervor, und sollte man daher in solchen Fällen, wenn Schmerzen geklagt werden, stets an die Möglichkeit einer chronischen Appendicitis denken und den Wurmfortsatz, falls man ihn bei der Operation irgendwie verändert und damit verdächtig findet, mit entfernen.

Reichel (Chemnitz).

9) Jedlicka. Zur operativen Behandlung des chronischen Magengeschwüres und dessen Begleiterscheinungen.

(Aus einer Arbeit: »Über das Ulcus ventriculi« in Sbornik klinicky Bd. VI.) Prag, 1904.

Verf. wendet sich in seiner Arbeit gegen die Gastroenterostomie als Operation der Wahl beim chronischen Magenulcus, da sie nach seiner Meinung nur etwas mehr wie die interne Therapie leiste und nur spärliche glänzende Resultate gegenüber vielen Mängeln und Mißerfolgen aufweise. Er will als Normalverfahren der Exzision des Geschwüres und der Resektion des Pylorus Anerkennung und Berechtigung verschaffen. Dies radikale Vorgehen ist nach seinen Erfahrungen an der Klinik Maydl's sehr wenig gefahrvoll, und die definitiven Resultate sind bedeutend bessere als die der palliativen Gastroenterostomie. Unter 74 operierten Geschwürsfällen wurde 33mal radikal vorgegangen mit 5,8% bezüglich 3,03% Mortalität, während die Sterblichkeit bei Karzinomresektionen 32% betrug. In 26,6% der Fälle fand J., wenn auch häufig erst in den ersten Anfängen, Karzinom der Geschwürsbasis, und zwar ausschließlich bei Geschwüren am Pylorus. Es ist dies eine ganz auffallende und bedeutend größere Häufigkeit bösartiger Umwandlung als allgemein angenommen wird (5—6% nach Hauser). Während beim voll ausgebildeteten Karzinom die Dauererfolge der Resektionen sehr deprimierende sind — von 41 Fällen ist nicht einer dauernd geheilt — zeigen die gelegentlich der Geschwürsresektionen gefundenen beginnenden Karzinome recht günstige Resultate. Deshalb hält Verf. auch bei gutartigen Stenosen des Pylorus die Resektion für absolut indiziert.

Die Magengeschwüre teilt J. in zwei Arten ein: 1) in die typische, auch dolorose oder hyperazide Form, bei der neben heftigen Schmerzen und Hyperazidität Pylorusstenose besteht; 2) in die viel seltenere indolente hypazide (Geschwür ohne Schmerzen mit Hyp- bezw. Anazidität). Letztere werden durch einfache Exzision des Geschwüres geheilt, während bei dem ersteren Typus außer der Entfernung des Geschwüres die Resektion des Pylorus vorgenommen werden muß.

Operiert wurde bei allen Magenoperationen in unterbrochener Narkose mit einem Minimum von Chloroform. Die Magenspülung vor der Operation hält Verf. beim Geschwüre nicht nur für überflüssig, sondern direkt für schädlich; in den letzten 2 Jahren wurde sie nie angewandt. Stets wurde die explorative Gastrotomie ausgeführt, das

Mageninnere durch Austupfen trocken gelegt und durch Abtasten die Lokalisation und Größe des Geschwüres genau bestimmt, was in 25 Fällen gelang. Darauf wurde das Geschwür exzidiert, ganz gleich wo es saß und wie groß es war, ob es in die Leber oder ins Pankreas reichte event. transsstomakal bei Verwachsungen und Sitz an der hinteren Wand. Zweimal führte J. wegen zu großen Defektes der hinteren Wand und der kleinen Kurvatur komplizierte Lappenplastiken aus der Fundusgegend aus, in beiden Fällen mit ausgezeichnetem Erfolge. Meistens folgte der Exzision des Geschwüres die Resektion des Pylorus. Die ausführlichen Krankengeschichten der radikal behandelten Fälle bilden den zweiten Teil der Arbeit, der mehrere Tafeln beigegeben sind, die eine Anzahl markanter Pyloruspräparate und die Ausführung der Lappenplastik veranschaulichen.

So glänzend und unbestritten die unmittelbaren Erfolge der zum Teil sehr komplizierten Eingriffe sind, so möchte Ref. darauf hinweisen, daß ein abschließendes Urteil über den Dauerwert und damit über die Berechtigung dieses radikalen Vorgehens, wie es Verf. empfiehlt, verfrüht sein dürfte, da von den 33 Fällen 14 erst im Laufe des Jahres 1904 operiert sind. **Müller** (Dresden).

---

10) **Maragliano.** Sulla recidiva del carcinoma gastrico.
(Policlinico 1905. Ser. chir. Nr. 1.)

M. macht auf das von ihm (wo?) beschriebene Verfahren aufmerksam, während der Operation eines Magenkarzinoms zu bestimmen, ob man im Gesunden geschnitten hat. Sofort nach Exstirpation der Geschwulst macht ein Assistent zahlreiche Längsschnitte mit einer Schere in die beiden Enden des Präparates. Am kardialen muß die Mucosa sich, unverdickt, die Submucosa zart und die Mucosa leicht auf 2 cm von der Muscularis verschieblich und abhebbar erweisen, am duodenalen genügt 1 cm. Ist das der Fall, so hat man 2 cm gesunden Gewebes abgetrennt, was mit dem anatomischen Verhalten der ergriffenen Partien zusammenhängt, an welchen man drei Zonen unterscheiden kann: a. makroskopisch normale Mucosa, Submucosa verdickt, nicht verschieblich, krebsig infiltriert; b. Mucosa hypertrophisch, kleinzellig infiltriert, krebsfrei, Submucosa mit zentralen Krebsherden; c. beide Schichten ganz frei.

Trifft das Kriterium nicht zu, so soll man nachträglich weiter resezieren. M. berichtet über einen von Krause so operierten Fall, welcher nach der Operation starb und wo die mikroskopische Untersuchung nachwies, daß man im Gesunden operiert hatte, während das nachträglich entfernte Stück sich krank erwies. Natürlich schützt diese Methode nur vor dem lokalen, nicht vor dem Drüsenrezidiv. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

---

11) **Schloffer.** Über Darmstrikturen nach Unterbrechung der mesenterialen Blutzufuhr.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XIV. Hft. 3.)

Im weiteren Verfolge seiner früheren Studien über das Zustandekommen von traumatischen Darmverengerungen (s. Referat im Zentralblatt 1901 p. 787) hat S. in vorliegender Arbeit die Resultate niedergelegt von Experimenten an 50 Kaninchen, bei denen er das Mesenterium des Dünndarmes in einer Ausdehnung von 2—5 cm dicht am Darm abtrennte nach vorheriger doppelter Unterbindung der betreffenden Mesenterialgefäße. Während ein großer Teil der Versuchstiere an Peritonitis zugrunde ging, fanden sich bei den neun am Leben gebliebenen, später getöteten Tieren teils zirkuläre, teils nicht zirkuläre Geschwüre resp. Narben im Darme; bei den zirkulären Narben war es zu richtigen Strikturen gekommen. Stets fanden sich an der vom Mesenterium entblößten Darmpartie intensive Verwachsungen mit benachbarten Darmschlingen, Netz oder vorderer Bauchwand; so war die Entstehung einer Perforationsperitonitis verhindert worden. Es hatte die Ablösung des Mesenterium Nekrose der Darmwand in ganzer Dicke gesetzt; nach Bildung der schützenden Adhäsionen und Abstoßung des Schorfes kam es zu Geschwür- und Narbenbildung.

Danach spielt für die Entstehung traumatischer Darmstrikturen im Tierversuche die Schädigung des Mesenteriums eine viel größere Rolle als die Quetschung des Darmes selbst; es liegt nahe, diese Erfahrungen auf den Menschen zu übertragen; und in der Tat sprechen die Beobachtungen von Strikturbildung nach Reposition eingeklemmter Brüche und nach stumpfen, den Bruch treffenden Traumen dafür, daß auch beim Menschen die Schädigung des Mesenteriums die Hauptrolle spielt.

Haeckel (Stettin).

---

12) **H. Kehr.** Technik der Gallensteinoperationen.

München, J. F. Lehmann, 1905.

Der vollständige Titel des Buches lautet: Die in meiner Klinik geübte Technik der Gallensteinoperationen mit einem Hinweis auf die Indikationen und die Dauererfolge; damit ist angedeutet, daß K. darauf verzichtet, eine lehrbuchmäßige Darstellung des augenblicklichen Standes der Gallensteinchirurgie zu geben, daß es ihm vielmehr im wesentlichen darauf ankommt, die von ihm geübten Methoden und seine Art der Indikationsstellung in breitem Rahmen vorzuführen. Ergibt sich daraus von selbst eine gewisse Einseitigkeit in der Darstellung, so wirkt auf der anderen Seite die gerade dadurch gezeitigte lebendige Durchdringung und Behandlung des Stoffes in hohem Grade belehrend und anregend. Es spricht hier ein Mann, der überall aus eigener Anschauung berichtet und an jeder Stelle aus dem Vollen schöpft. Wenn K., temperamentvoll und lebensfroh wie er ist, aus dem Buch ein Spiegelbild seines ganzen Wesens gemacht hat, hier behaglich plaudert und uns manches aus seiner Gedankenwelt mitteilt,

was just nicht gerade zur Gallensteinchirurgie gehört, dort in persönlichem Kampfe scharf Stellung nimmt und vielleicht die Polemik manchmal etwas zu weit ausdehnt, so dient dies doch schließlich dazu, das individuelle Gepräge des Werkes zu erhöhen. Im übrigen gibt es wohl kaum eine Frage auf dem Gebiete der Leber- und Gallensteinchirurgie, die K. in dem Buche nicht diskutierte oder wenigstens streifte, so daß es sich tatsächlich doch um ein Lehrbuch im besten Sinne des Wortes handelt. Besonderen Wert besitzt dasselbe für denjenigen, der, wie u. a. Ref., K. selbst bei der Arbeit gesehen hat; und wenn K. sich selbst als Spezialisten für »die von ihm geliebte Gallensteinchirurgie« bezeichnet, so verdient es doch hervorgehoben zu werden, wie bereitwillig, kollegial und ohne Eifersucht er allen denen, die seine Klinik besucht haben, alles zeigt, was er selbst kann und selbst übt. Vielleicht wird man sagen, das sei selbstverständlich, und ich möchte es auch sagen, aber es ist doch immerhin noch nicht allgemeiner Usus.

Auf den materiellen Inhalt des Buches im einzelnen einzugehen erübrigt sich, da K. seine Anschauungen in sehr zahlreichen Publikationen niedergelegt hat; als Quintessenz kann man es wohl bezeichnen, wenn er an einer Stellle sagt, er sei in seinen Operationen immer radikaler, in seiner Indikationsstellung immer konservativer geworden. »Operieren wir die absolut nötigen Fälle, d. h. das akute und chronische Empyem der Gallenblase, die häufig wiederkehrenden Anfälle von chronischer Cholecystitis, die jeder Therapie trotzten, den chronischen, mit Ikterus und Schüttelfrösten verbundenen Choledochusverschluß, so bietet sich für jeden Chirurgen ein so großes und dankbares Arbeitsfeld, daß er ganz allein auf die Forderung der Frühoperation verzichtet.«

Wie man auch sonst zu den K.'schen Anschauungen stehen mag: für jeden, der sich mit Gallensteinchirurgie beschäftigt, ist sein neues Buch von großer Bedeutung.

Tietze (Breslau).

---

13) **Tinker.** Bloodless perineal prostatectomy under local anaesthesia.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1905. November 2.)

Zur lokalen Anästhesie und Blutleere verwendet T. Eukain 1 : 500 und Adrenalin 1 : 220000 im Gemisch. Durch sorgfältige anatomische Studien der Dammgegend und experimentelle Versuche über die Ausbreitung der anästhesierenden Lösung hat er gefunden, daß die Infiltration in der Nähe der Austrittsstelle der sensiblen Nervenzweige für den Damm, etwas vorwärts und einwärts vom Tuber ischii, genügt, um den Hautschnitt und die oberflächlicheren folgenden Schnitte schmerzlos zu vollführen. Etwa 10 Minuten vergehen bis zum Eintritt der vollen Wirkung, die zur Blasenspülung benutzt werden. Die tieferen Schichten werden während der Operation neu infiltriert. Nur die nächste Umgebung des Blasenhalses ist dafür unzugänglich, und während der etwa 5 Minuten dauernden Ausschälung an dieser Stelle wendet T. Äther-

rausch oder Lachgas an. Durch das Adrenalin und das Hervorziehen der Prostata von der Blase aus mit Young'schem »Traktor« ist die Operation völlig ohne Blutverlust, ein für die meist sehr heruntergekommenen Pat. sehr wichtiger Umstand. Im ganzen soll die völlige Ausschälung aller drei Lappen in etwa $^1/_2$ Stunde ausführbar sein. Mitteilung eines auf diese Weise glücklich operierten Falles.

Trapp (Bückeburg).

---

14) **Jaffé.** Stellt die Bottini'sche Operation einen Fortschritt in der Behandlung der chronischen Urinretention bei Prostatikern dar?

Jena, **Gustav Fischer,** 1904. 36 Seiten, 2 Tafeln.

Eine auf Grund 46 eigner Operationen ausgeführte Studie mit besonders scharfer Betonung der durchaus selbständigen Stellungsnahme des Verf.s in allen die Operation berührenden Fragen.

Der vorherigen cystoskopischen und urethroskopischen Untersuchung mißt Verf. wenig klinischen Wert zu, da Vorwölbungen stärkster Art im Bild erscheinen können, ohne daß die Urinentleerung behindert wäre.

Es kommt weniger auf die Durchschneidung des polypösen Mittellappens oder auf die Durchtrennung der ganzen Prostata an, sondern auf die Verbesserung der Verhältnisse an der hinteren Übergangsfalte und auf eine reguläre Sphincterotomia posterior vesicae, deren wohltätigen Effekt Verf. vergleicht mit dem therapeutischen Einfluß der Sphincter ani-Spaltung bei Fissur.

Besonders die Wucherung der Partien zwischen Orificium externum und Colliculus seminalis verursacht die Erschwerung der Miktion und auch des Katheterismus; diese Partien sollen vor allem durchschnitten werden. Die Gefahr der Blasenperforation und Bauchfellverletzung wird hierbei besonders gewürdigt, und es werden die Schutzmaßregeln dagegen besprochen und durch Abbildungen illustriert. Die beste Kontrolle bietet der ständig im Mastdarme befindliche Finger. Verf. operiert bei leerer Blase.

Die allgemeine Indikation stellt Verf. hauptsächlich nach den Beschwerden der Pat. »Kranke mit den ganz typisch ausgebildeten Prostatabeschwerden sind im allgemeinen gute Objekte für die Operation«. Die spezielle Indikation hängt von der Form der Prostata ab; lang ausgedehnte Drüsenwucherungen, die die ganze Pars prostatica ummauern, bieten ungünstige Aussichten. Von den 46 Fällen waren nach des Verf.s jetzigen Ansichten 28 für die Operation voll geeignet; bei diesen wurde in mehr als $^4/_5$ der Fälle volle oder fast totale Entleerungsfähigkeit der Blase hergestellt. Von den übrigen sind die Hälfte günstig beeinflußt, gestorben sind vier. Die Dauerresultate (genaue Zahlen lassen sich hier nicht anführen) sind im allgemeinen nicht sehr erfreulich.

Willi Hirt (Breslau).

---

15) **Zaaijer.** Untersuchungen über den funktionellen Wert der sich nach Entkapselung neubildenden Nierenkapsel.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XIV. Hft. 3.

Da normalerweise zwischen der Nierenkapsel und -rinde Anastomosen bestehen, so beweist der bloße Nachweis solcher Anastomosen nach der Entkapselung im Tierexperimente nichts, vielmehr muß die Frage so gestellt werden: sind die neuen Anastomosen den vorher bestehenden an funktionellem Wert überlegen oder nicht? Als Indikator dafür dienen nun in vortrefflicher Weise die Erscheinungen nach Unterbindung der A. und V. renalis. Die Arterie versorgt fast die ganze Niere; nach ihrer Unterbindung wird daher fast die ganze Niere nekrotisch, nur ein schmaler Saum der äußersten Rinde verfällt nicht dem Tode, weil er von der Kapsel ernährt wird. Ist dieser Saum nun breiter nach der Dekapsulation, so ist dadurch ein höherer funktioneller Wert der Anastomosen nach der Dekapsulation bewiesen. Z. experimentierte nun an Kaninchen so, daß er einmal durch Unterbindung der Nierenarterie die Tragweite der normalen renokapsularen Anastomose feststellte, in anderen Versuchen die Arterie unterband und zugleich dekapsulierte oder die Unterbindung der Dekapsulation einige Wochen später folgen ließ. Als wichtigstes Ergebnis seiner Versuche fand er, daß beim Kaninchen eine gewisse Zeit (4 Wochen) nach der Dekapsulation die renokapsulären Anastomosen einen geringeren funktionellen Wert haben, als bei unversehrter Kapsel, daß sie an einigen Stellen aber einen höheren Wert haben können, und daß dieses besonders der Fall ist an einer Stelle, wo die Niere etwas tiefer verletzt ist.

Haeckel (Stettin).

Kleinere Mitteilungen.

I.

Eine neue Nadel.

Von

Dr. **P. Leopuyt** in Rotterdam.

Beim Anlegen von Darmnähten ist es mir, und wahrscheinlich vielen mit mir, aufgefallen, wie wenig unsere heutigen Nadeln und Nadelführer dem Zwecke, schnell und leicht zu arbeiten, entsprechen.

Die jetzt vielfach benutzte gerade Nadel kann zwar sicher und schnell mit der Hand geführt werden, hat jedoch den Nachteil, daß die Gewebe, welche nicht in derselben Ebene liegen, schlecht gefaßt werden können, und daß das Arbeiten in einiger Tiefe öfters ganz unmöglich ist.

Die gebogenen Nadeln, die mit einem Nadelhalter geführt werden, haben diese Fehler nicht, aber das jedesmal aufs neue Angreifen mit dem Nadelhalter ist sehr zeitraubend, gerade im Falle von Darmoperationen, wo oft so viele Nähte anzulegen sind.

Ich glaube, daß die von mir konstruierte Nadel dem Zweck entspricht, die Fehler dieser beiden Methoden zu umgehen und doch die Vorteile derselben zu behalten.

Untenstehende Abbildung zeigt uns die Form der Nadel, während die Handhabung leicht zu verstehen ist.

Der Daumen wird nämlich in die Konkavität bei *a*, die Spitze des Zeigefingers auf das Öhr und der dritte Finger der Unterfläche der Nadel entlang gelegt; so ist sie fest fixiert.

Fig. 1.

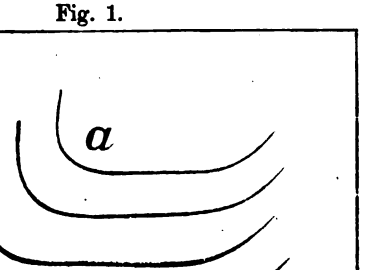


Fig. 2.



Die Technik der Führung ist einfach; die kleine Krümmung macht bei einiger Übung beim Durchziehen gar keine Beschwerden und nie Einrisse, wenn man nur die Nadel beim Einstiche direkt bis an die Krümmung durch die Gewebe führt.

Man hat also bei dieser Nadel die einfache Führung mit der Hand wie bei der geraden und zu derselben Zeit alle Vorteile einer gebogenen Nadel. Mit kleinen Änderungen in der Größe ist sie auch für andere Zwecke brauchbar zu machen.

Die Nadel ist in vier Größen zu beziehen von A. Schmeink, Fabrik chirurgischer Instrumente in Amsterdam (Holland).

II.

Über eine Beobachtung im Gefolge der Bier'schen Stauungshyperämie bei akut eitrigen Prozessen.

Von

Prof. Dr. **Leser** in Halle a. S.

Noch während die Arbeit Bier's über Stauungshyperämie bei akut entzündlichen und eitrigen Prozessen in der Münchener med. Wochenschrift publiziert wurde, kam in meiner Klinik ein Fall zur Aufnahme, bei dem es mir angezeigt schien, die Stauungshyperämie zu versuchen. Es handelte sich um einen jungen Mann, der etwa 8 Tage vor seiner Aufnahme im Streite mehrfache Stiche in die Kopfhaut erhalten hatte; nach alsbaldiger primärer Desinfektion und aseptischem Verbande schien während der ersten Tage der Verlauf reaktionslos; dann zeigte sich beim Verbandwechsel eine der Stichwunden gerötet und etwas eitrig belegt. Tags darauf Schüttelfrost, dem sich einige Stunden nachher schmerzhafte Schwellung der rechten Sprunggelenksgegend und tags darauf analoge Schwellung des rechten Schultergelenkes anschlossen. Sogleich nach dem Erkennen der Sprunggelenksschwellung war in den linken Oberschenkel Injektion von Antistreptokokkenserum Dr. Menzer gemacht worden, ohne daß eine Änderung des Zustandes folgte. Am 3. Tage nach dem ersten Schüttelfrost, am 8. Februar, wurde, weil dem behandelnden Arzte die Eröffnung der Abszesse am rechten Sprung- und Schultergelenke dringend schien, Pat. meiner Klinik überwiesen.

Es bestand sehr schmerzhafte ödematöse Schwellung der Umgebung des rechten Sprunggelenkes, welche in der Tiefe Fluktuation erkennen ließ und nach Punktion Eiter entleerte. Ganz ähnlich bestand eine Schwellung des rechten Schultergelenkes, die jedoch, noch jüngeren Datums, nicht absolut sicher schon Eiterung aufwies. Beide Gelenke selbstverständlich durchaus fixiert und die geringste passive Bewegung mit lebhaften Schmerzen beantwortend. Die Kopfhautwunden in der Mehrzahl verklebt, nur eine ca. 2 cm lange Wunde oberhalb des linken Ohres eitrig belegt und mäßig sezernierend. Puls 120, Temperatur bei der Aufnahme 39,2°.

Lebhaft angeregt durch die Lektüre des ersten Abschnittes der Bier'schen Publikation, schien es mir angezeigt, in diesem Falle den Versuch zu machen, mittels Stauungshyperämie den Prozeß günstig zu beeinflussen, event. zu heilen, um so mehr, als ich schon wiederholt in chronisch entzündlichen Prozessen die Bier'sche Stauung mit Erfolg angewandt hatte. Absichtlich enthalte ich mich hier jeder weiteren Bemerkung über das Verfahren und seine großen Vorzüge, weil es mir heute ausschließlich darauf ankommt, eine Beobachtung zu beschreiben, die im Verlaufe des Verfahrens gemacht wurde, und die mir zu großer Vorsicht zu ermahnen geeignet scheint.

Ich legte also, der Vorschrift gemäß, behufs Stauung des Sprunggelenkes die Stauungsbinde ca. 2—2½ Querfinger breit oberhalb des oberen Recessus der Bursa extensorum um den Oberschenkel: zunächst eine Lage Polsterwatte, dann die ca. 6—8 cm breite Gummibinde, welche mit Gazebinde befestigt wurde. Um das Schultergelenk in Stauungshyperämie zu versetzen, legte ich einen wohl zweifingerstarken Gummischlauch in zweifacher Tour hoch über dem Gelenk um Achselhöhle und Proc. coracoideus an und fixierte die Touren durch mehrfache Bindenlagen, welche quer um den Thorax zur anderen Axilla führten und dadurch ein Abrutschen der Stauungsbinden verhüteten. Beide Stauungen wurden leidlich gut vertragen, und die erzielte Stauung war die richtige, wie sie Bier als warm, mit feurig rotem Ödem in den gestauten Abschnitten beschreibt. Als ich nachmittags 5 Uhr zur Visite kam — die Stauung hatte mittags kurz nach 12 Uhr begonnen —, war zunächst das auffälligste die absolute Schmerzlosigkeit der Gelenke bei allen passiven Bewegungen. Da die Stauungsbinden dem Pat. lästig für die Nacht schienen, wurden beide Stauungen nach 8 Stunden entfernt; anderen Tages an der rechten Schulter noch einmal wiederholt, konnten dann aber nicht wieder eingeleitet werden, weil Pat. über allmählich zunehmende Schmerzen an den Stellen, wo die Stauungsbinden gelegen hatten, klagte. Im Laufe der nächsten 2 Wochen wiederholten sich akute Temperatursteigerungen mit nicht deutlich ausgesprochenen Schüttelfrösten, denen alsbald ein subkutaner Abszeß im linken Oberarme, weiterhin ein solcher an der Injektionsstelle, wo das Antistreptokokkenserum injiziert wurde, folgte, die sämtlich unter lokaler Anästhesie gespalten wurden. — Etwa 10 Tage nach Beginn der ersten Stauung klagte Pat. über vermehrte Schmerzen in der unteren Hälfte des rechten Oberschenkels und in der Fossa supra- und infraclavicularis, mit anderen Worten da, wo damals die Stauungsbinden gelegen hatten. Und an beiden Stellen entwickelte sich allmählich je ein großer Abszeß; derjenige am Oberschenkel nahm ebenso genau wie der oberhalb des Schultergelenkes gelegene die Gewebe ein, welche vorher den Druck der Stauungsbinden getragen hatten. Namentlich der Abszeß oberhalb des Schultergelenkes war dafür typisch: denn er breitete sich halbzirkulär, vom unteren Rande der Fossa intraclavicularis beginnend, nach aufwärts unter der Clavicula durch bis in die Fossa supraclavicularis aufsteigend noch etwas weiter nach hinten aus. Aber auch der Abszeß am Oberschenkel beschränkte sich nicht nur auf die hintere abschüssige Gewebspartie, sondern entwickelte sich noch später auch nach der inneren Seite und nach oben, zunächst genau in den Grenzen, in denen die Stauungsbinden gelegen hatten. Die Abszesse sind breit gespalten worden und zum Teil schon ausgeheilt.

Meiner Ansicht nach liegt es nahe, die Entstehung der beiden Abszesse an den beschriebenen Stellen in ursächlichen Zusammenhang mit der genau an denselben Stellen angelegt gewesenen Stauungsbinde zu bringen. Ich betone, daß

es keineswegs etwa vom Gelenk ausgehende, bezw. mit ihm zusammenhängende Eiterungen waren, auch weise ich darauf hin, daß besonders der Abszeß oberhalb des rechten Schultergelenkes eine für mich wenigstens sehr ungewöhnliche anatomische Stelle einnahm und besonders seine Ausbreitung höchst merkwürdig war. Meiner Meinung nach würde man sich tatsächlichen Beobachtungen gegenüber blind zeigen, wollte man eine Beziehung zwischen Abszeß und Stauung leugnen.

Pathologisch-anatomisch ist es ja auch nicht schwer, sich den Zusammenhang so zu denken, daß die in den Säften kreisenden Mikroorganismen sich deshalb an den qu. Stellen angesiedelt und ausgebreitet haben, weil sie hier das Gewebe verändert, in seiner Widerstandsfähigkeit geschwächt fanden. Und ich glaube, daß die Gewebsschwächung vielleicht darin besteht, daß bei diesen Stauungen in den von der Stauungsbinde gedrückten Gewebspartien kleinste Blutungen oder Blutaustritte statthaben, ohne diese Meinung jetzt durch direkten Nachweis stützen zu können. Zu dieser Ansicht komme ich, weil ich nach Abnahme der Binden einige Stunden später — allerdings nur am Oberschenkel — die Haut genau in den Grenzen der Bindentouren von ca. stecknadelkopfgroßen, zahlreichen Blutungen durchsetzt fand. Nun liegt nahe, anzunehmen, daß die Stauungsbinden zu fest gelegen haben; darauf kann ich nur erwidern, daß ich schon häufig Stauungen angewandt habe, und daß ich im allgemeinen eher die Binden zuwenig als zu fest anziehe; jedenfalls müssen sie aber doch stauen.

Sind solche Beobachtungen auch von anderer Seite gemacht? Vorerst wage ich aus dieser Erfahrung nur den Schluß zu ziehen, daß das Anlegen von Stauungsbinden bei Allgemeininfektion, d. h. in solchen Fällen, bei denen Mikroorganismen und ihre Gifte im Blute kreisen, seine Gefahren insofern hat, als an den von den Binden umschnürten Gewebspartien event. leicht neue Abszesse auftreten können.

Wie ich schon betonte, wollte ich nur diese Beobachtung den Herren Fachkollegen zur Kenntnis bringen; ich behalte mir vor, über das Verfahren selbst event. später zu berichten, wenn meine Erfahrungen sich vermehrt haben.

Die Ausführungen Bier's sind einerseits so überzeugend, ja bestechend, andererseits die Erfolge der Methode so schön, daß es mir Pflicht scheint, diesen Weg genau auszukundschaften; und weil ich nicht möchte, daß er durch vielleicht zu vermeidende Mißerfolge diskreditiert wird, hielt ich es für geboten, auf diese meine Erfahrung kurz hinzuweisen.

---

16) **T. C. Gilchrist** (Baltimore). Erysipeloid, with a record of 329 cases, of which 323 were caused by crab bites, or lesions produced by crabs.

(Journ. of cutaneous diseases including syphilis 1904. November.)

G. berichtet über 329 Fälle von Erysipeloid, von denen 323 durch den Biß eines Krebses oder eine beim Hantieren mit Krebsen (Zucht) erlittene Verletzung zustande gekommen waren. Die Jahreszeit, in welcher dieselben beobachtet wurden, fiel, gemäß der Krebszeit, in die Monate Juni bis September. Die Inkubationszeit betrug 3 Stunden bis mehrere Tage; lokalisiert waren die Erysipeloide natürlich fast ausschließlich an den Fingern resp. Händen. Die Erkrankungen verliefen immer ziemlich harmlos, Temperatursteigerungen sowie bedeutende Drüsenschwellungen fehlten fast durchweg. Der pathologisch-histologische Befund ergab nichts Wesentliches, desgleichen waren Kultur- und Impfversuche vollkommen negativ. Die stets erfolgreich angewandte Therapie bestand in lokaler Applikation von Sublimat, Karbolsäure, Jodoform oder Salizylpflaster. **Urban** (Breslau).

17) **Antonelli.** Quattro casi di eritema vacciniforme (post-operatorio) da bacterium coli.

(Rivista veneta di soc. med. di clin. 1904. Referat nach Morgagni 1905. Nr. 4.)

Bei vier an Leistenbrüchen operierten kleinen Mädchen trat gleichartig am 7.—8. Tage nach der Operation eine diffuse Röte der Operationsnarbe auf. Letztere

heilte per primam. 3—4 Tage später entwickelten sich linsengroße, gedellte Bläschen. Dieselben waren mit gelbem, dünnem Eiter gefüllt und von einem schmalen, dunkelroten Hof umgeben. Nur in einem Falle waren sie nicht lediglich streng an die Operationslinie gebunden. Die Pusteln bildeten sich entweder durch ein papulöses Stadium zurück oder bedeckten sich mit einer Kruste oder verwandelten sich schließlich in kleine Geschwüre, die nach 14 Tagen völlig verheilt waren. In sämtlichen Fällen wurde in den Pusteln Bakterium coli in Reinkultur gefunden. Da die Operationen aseptisch vorgenommen waren, muß man annehmen, daß bei den Kindern Darmbakterien in das Operationsgebiet gelangt und durch die einfache Reinigung nicht entfernt wurden. Verf. fügt hinzu, daß er seit dem Gebrauch von Xeroformgaze keinerlei Erytheme mehr beobachtet hat.

Dreyer (Köln).

18) **Venot.** Corps étranger des voies digestives chez un enfant de neuf mois.

(Soc. méd. de Bordeaux 1904. Dezember 16.)

Bei dem 9monatigen Kinde wurde ein 15 : 13 mm großes verschlucktes Glasstück (einer zerbrochenen Wasserkaraffe) mit scharfen Rändern nach 23 Stunden durch den After entleert, ohne daß die geringsten Beschwerden oder Komplikationen eingetreten wären. Auf 70 ähnliche Beobachtungen aus der Literatur kam nur ein Todesfall infolge von Magenperforation durch den Fremdkörper. Ein chirurgischer Eingriff war niemals erforderlich; die Ausstoßung erfolgte in einzelnen Fällen erst nach Wochen oder Monaten, ohne daß schädliche Folgen eintraten.

Die Ursache des gewöhnlich glatten Verlaufes liegt mehr darin begründet, daß alle scharfen Spitzen und Kanten von einer dicken, zähen Schleimschicht überdeckt werden, als in der meist angewendeten Kartoffelbreidiät.

In der Diskussion wird ebenfalls die Wirksamkeit der Kartoffeldiät von verschiedenen Seiten angezweifelt. **Mohr** (Bielefeld).

19) **V. Apostolescu.** Penetrierende Wunde der epigastrischen Gegend mit Durchschneidung der großen V. mesenterica interna.

(Spitalul 1904. Nr. 23.)

Der betreffende Pat. hatte sich in selbstmörderischer Absicht einen Messerstich in die epigastrische Gegend, etwas rechts von der Mittellinie, beigebracht. Obwohl der Allgemeinzustand kein alarmierender war, wurde doch die Probelaparotomie vorgenommen und hierbei gefunden, daß die V. mesenterica interna der Länge nach durchschnitten war, aber kein inneres Organ, weder Magen noch Darm, irgendwelche Verletzung aufwies. Nach Unterbindung und vorgenommener Versorgung der Bauchwunde erfolgte Heilung per primam. Der Fall ist also wieder ein Beweis für die Lehre, daß man bei penetrierenden Bauchwunden immer eine Probelaparotomie vornehmen soll. **E. Toff** (Braila).

20) **Lichmann.** Zwei Pfählungsverletzungen.

(Prager med. Wochenschrift 1904. Nr. 26.)

Die Pfählung erfolgte beidemal durch Eindringen eines Werkzeugstiels in den Mastdarm mit Durchbohrung seiner vorderen Wand. Im ersten Falle war ein extraperitonealer Blasenriß entstanden; dieser sowie die Mastdarmwunde wurden vom Damm aus durch Eingehen zwischen Mastdarm und Blase freigelegt und genäht; Heilung.

Im zweiten Falle war das Bauchfell eröffnet, die hintere Blasenwand bis auf die Schleimhaut eingerissen, in den Mastdarm eine etwa 20 cm lange Darmschlinge vorgefallen und bereits Peritonitis vorhanden. Laparotomie, Naht der zerissenen Blasen- und Darmmuskulatur und des Bauchfells. Reinigung des Bauchraumes, Einlegen eines Jodoformgazestreifens bis auf die Nahtstelle und in den Mastdarm. Entlassung nach 8 Wochen mit kleiner Fistel im unteren Winkel der Laparotomienarbe. **Gutzeit** (Neidenburg).

21) **Lauper** (Interlaken). Darmperforation bei Abdominaltyphus, durch Operation geheilt, 58 Stunden nach dem Durchbruche.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1905. Nr. 3.)

Der nach amerikanischen Statistiken so erhebliche Anteil der Perforationsperitonitis an der Mortalität bei Typhus (1/3 aller Todesfälle) mahnt dazu, auch gegen die Darmperforation bei Unterleibstyphus operativ vorzugehen. L. hat auf folgende Symptome der Perforation hin operiert: Sinken der Temperatur von 38,9° früh auf 36,7° mittags, Puls dabei anfangs verlangsamt, dann wieder beschleunigt, in der Qualität unverändert. Plötzliches Einsetzen von Schmerz in der Nabelgegend, Schmerz besonders beim Nachlassen von Druck, rasch einsetzende starke Spannung der Bauchdecken, Schweißausbruch, Unruhe, Erbrechen erst 24 Stunden nach Durchbruch, kostaler Atemtypus. Cushing's Präperforativstadium (Zeit der Reaktion der Serosa, die perforiert werden soll) wurde nicht beobachtet.

Die Perforation saß im unteren Ileum. Günstig war das jugendliche Alter (11 Jahre), erschwerend der Austritt von besonders großen Askariden im vorliegenden Fall. In dem Beckenexsudate fanden sich Diplokokken und Einzelkokken, wenig kurze Streptokokkenketten und Kolistäbchen.

Stolper (Göttingen).

22) **W. D. Haggard.** A study of intestinal perforation and peritonitis in typhoid fever, with a report of three successful operations, and a statistical investigation of 205 operative cases.

(New York med. record 1904. Juli 16.)

Drei erfolgreiche Operationen bei Darmperforation nach Typhus. Bei zwei Pat. handelte es sich um Abszesse mit Abschluß durch adhäsive Peritonitis, bei dem dritten Kranken um Durchbruch in die freie Bauchhöhle.

In einer kurzen Statistik teilt Verf. mit, daß er selbst 137 Fälle mit 43 Heilungen, Westcott 83 Fälle mit 16 Heilungen und Tinker 75 mit 21 Heilungen gesammelt habe. Im ganzen also 275 Fälle mit 27% Heilung.

Loewenhardt (Breslau).

23) **Monnier** (Zürich). Über einen seltenen Befund bei Appendicitis — Fibromyxom des Wurmfortsatzes.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1905. Nr. 1.)

Verf. gibt eine Aquarellabbildung einer walnußgroßen Geschwulst (Fibromyxom), die an der Basis des Wurmfortsatzes eines jäh erkrankten 29jährigen Arbeiters saß. Die Geschwulst war offenbar von der Wand des Wurmfortsatzes ausgegangen, hatte sich hauptsächlich nach außen entwickelt, aber schließlich den Anhang völlig verlegt. Ein Kotstein hatte die Geschwulst im Zentrum usuriert und geschwürige Drucknekrosen gemacht. M. findet in der Literatur nur zwei gutartige Geschwülste des Wurmfortsatzes beschrieben, einen von Steiner, den anderen von Rosi. Den seinen hält er für angeboren und erklärt ihn im Sinne von Cohnheim-Ribbert.

Pat. starb unter den Erscheinungen schwerer Intoxikation. Er ging ohne Erscheinungen von Peritonitis zugrunde, die Sektion ergab schwere Nierenveränderung mit Infarkten und fibrinöse Pleuritis rechts. **Stolper** (Göttingen).

24) **Raymond** et **G. Guillan.** La névrite ascendante consécutive à l'appendicite.

(Semaine méd. 1905. Nr. 8.)

Bei einem Falle von Appendicitis traten im Verlaufe des ersten Anfalles Schmerzen im Gebiete des rechten N. cruralis auf, im zweiten Anfall im Gebiete des N. ischiadicus, die zunächst wieder zurückgingen. Als Pat. nach dem dritten Anfalle aufstehen wollte, wurde ein Schwächezustand und Abmagerung des rechten Beines festgestellt. Während eines neuen Anfalles griffen die Schmerzen auf den

linken Ischiadicus über. Die Operation, bei welcher kein Eiter, wohl aber starke Verwachsungen des Wurmfortsatzes mit dem hinteren Teile des Kolon sowie dem M. psoas gefunden wurden, beseitigte zwar die appendicitischen Beschwerden, aber es trat allmählich eine komplette atrophische Lähmung des rechten Beines ein, sowie eine partielle linksseitige und dementsprechend rechts komplette, links beginnende Entartungsreaktion. Weil hier mit jedem Nachschube der Appendicitis auch ein Fortschreiten der Nervenentzündung und Übergreifen auf neue Nervenbahnen eintrat, sind Verff. der Ansicht, daß eine frühzeitigere Operation dies hätte verhindern können und empfehlen daher eine solche bei häufig rezidivierenden Formen, selbst wenn die Symptome der Appendicitis an und für sich nicht sehr bedrohliche sind. **Coste** (Straßburg i. E.).

25) **Fischl.** Typhlitis nach Amputation des Wurmfortsatzes.

(Prager med. Wochenschrift 1904. Nr. 7.)

Die vorliegende Mitteilung ist deshalb bemerkenswert, weil sie den Beweis liefert, daß auch nach Wegnahme des Wurmfortsatzes eine Affektion vorkommt, die, in ihrem Verlaufe gutartig, klinisch fast vollkommen dem Bilde der leichteren Appendicitis gleicht und mit Sicherheit auf den Blinddarm zu beziehen ist. F. berichtet darin über fünf Pat., denen sämtlich von Sonnenburg der Wurmfortsatz entfernt ward, und die trotz günstigen Verlaufes und tadelloser Narbe kurze Zeit bis $1^1/_2$ Jahre nach der Operation in mehr oder weniger langwierigen Anfällen an Schmerzen in der Ileocoecalgegend, Verstopfung abwechselnd mit Durchfall, Appetitlosigkeit und Erbrechen erkrankten. In Fall 4 glichen diese Anfälle genau denen vor der Operation. Der Blinddarm war mehr oder weniger gebläht, druckschmerzhaft, gurrend oder quatschend, in seiner Umgebung Stränge zu fühlen. Durch abführende Diät und Heilmittel wurde stets anhaltende Besserung erzielt.

Die Ausdehnung der Druckempfindlichkeit entsprach dem Verlaufe des Blinddarmes, was gegenüber der einfachen Appendicitis, wo sie auf den MacBurneyschen Punkt beschränkt ist, und der Periappendicitis, bei welcher sie ungefähr die Gestalt eines Kreissektors gemäß der Ausbreitung der Entzündung längs der peritonealen Gefäß- und Lymphbahnen annimmt, von differentialdiagnostischer Bedeutung ist.

Die Frage, ob in diesen Fällen die Blinddarm- oder die Wurmfortsatzentzündung das Primäre war, ist nicht zu entscheiden. Gewiß ist es, daß die peritonitischen Verwachsungen, welche sich im Gefolge einer jeden Perityphlitis finden und durch die Entfernung des Wurmfortsatzes nicht beseitigt werden, den Blinddarm in seiner Peristaltik hindern und dadurch zu Kotansammlungen und sekundären Entzündungen Veranlassung geben können. Auch an den Stumpf des amputierten Wurmfortsatzes als Ausgangspunkt dieser Typhlitis muß man denken (vgl. Diakonow, Über Blinddarmerkrankungen bei Personen mit entfernter Appendix. Referat in d. Bl. 1902 p. 950).

Verf. zieht aus seinen Beobachtungen den berechtigten Schluß, daß man bezüglich der Beseitigung aller Darmbeschwerden durch die Exstirpation des Wurmfortsatzes sich vorsichtig äußern müsse. **Gutzeit** (Neidenburg).

26) **Baillet** (Orléans). Inflammation d'un appendice hernié chez un enfant de treize mois. Symptômes d'étranglement. Ablation de l'appendice et cure de la hernie vingt et une heures après le début des accidents. Guérison. Rapport par M. C. Walther.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1166.)

Pat., ein 13 Monate alter Knabe, der seit seiner Geburt an einem nicht leicht reponiblen Leistenbruch litt, erkrankte plötzlich mit Zeichen der Einklemmung. Bei der 21 Stunden nachher vorgenommenen Herniotomie findet B. als Bruchinhalt Blind- und untersten Dünndarm, aber beide nur wenig gerötet, nicht blaurot wie bei einer Einklemmung, hingegen den mit dem Blinddarm leicht verwach-

senen Wurmfortsatz stark entzündlich geschwollen. Resektion des Wurmfortsatzes und Radikaloperation des Bruches brachten rasche Heilung.

Reichel (Chemnitz).

27) W. B. de Garmo. Hernia in young children.

(New York med. record 1904. Februar 13.)

Verf., welcher über eine sehr große Erfahrung in Bruchoperationen verfügt (1064 Fälle, darunter 149 Kinder unter 14 Jahren ohne ein einziges Rezidiv und ohne einen Todesfall), stellt als Indikation für die Operation im Kindesalter auf 1) Einklemmung, 2) Unwirksamkeit eines Bruchbandes, 3) gelegentlicher Austritt mit drohender Einklemmung, 4) Schmerz beim Tragen des Bruchbandes, 5) besondere Umstände, welche das Kind regelmäßig zu kontrollieren verhindern, 6) alle Fälle von Schenkelbruch und 7) alle Kinder über 7 Jahre alt.

In vier Fällen waren die Kinder noch nicht 1 Jahr alt, es handelte sich jedesmal um eingeklemmte Brüche, welche zwar alle reponiert werden, aber nicht durch ein Bruchband zurückgehalten werden konnten.

Loewenhardt (Breslau).

28) Mohr. Bauchbrüche in der weißen Linie ohne objektiven Untersuchungsbefund.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 3.)

M. gibt einen Beitrag zu den Brüchen der Linea alba, bei welchen heftige Schmerzen bestehen, ohne daß eine Bruchbildung äußerlich sicht- und fühlbar ist; nur der umschriebene Druckschmerz deutet die Stelle des Leidens an. Bei dem 34jährigen Kranken M.'s lagen diese Verhältnisse vor; auch bei der Operation erwies sich das Sehnenblatt der Linea alba unversehrt; erst als dieses entsprechend der Stelle des Schmerzpunktes eingeschnitten war, quoll ein walnußgroßer Fettklumpen vor. Beim Anheben desselben riß das Bauchfell ein, und die Fettgeschwulst erwies sich als das Ende eines Netzzipfels, welches straff gespannt zur Magengegend verlief und mit seinem Ende durch eine Lücke des Bauchfelles durchgetreten war; an der Durchtrittsstelle war es allseitig mit dem Bauchfelle verwachsen. Das außerhalb des Bauchfellraumes liegende Netzstück hatte sich anscheinend zwischen Bauchfell und querem Sehnenblatt unter starkem Druck eingeklemmt. Von einem Bruchsacke war nichts zu sehen. Nach der Operation schwanden die Schmerzen. — Im Anschluß daran wird die Differentialdiagnose, besonders mit dem Magengeschwür besprochen. **Haeckel** (Stettin).

29) D'Arcy Power. Four cases of gastro-jejunostomy.

(St. Bartholomew's hospital reports 1905. Vol. XL.)

Bericht über vier Fälle von Gastrojejunostomia posterior. In einem der Fälle, der alle Symptome einer akuten Perforation eines Magengeschwüres bot, wurde bei der sofortigen Laparotomie eine dem Durchbruch nahe Stelle mit ausgedehnten perigastrischen Verwachsungen gefunden; Invagination der Stelle mit Übernähung, 9 Monate später, wegen Rückkehr der Beschwerden, hintere Gastroenterostomie. Heilung. In zwei Fällen bildete ein Duodenalgeschwür, einmal wegen starker Blutungen, beim zweiten Kranken wegen Duodenalstenose den Anlaß zur Operation; beide genasen. Die sehr harte, umschriebene Striktur des Duodenums saß etwa $2^1/_2$ cm unterhalb des normalen Pylorus. **Mohr** (Bielefeld).

30) E. Friederichs. Über die Jejunostomie als Voroperation für die Magenresektion.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

Verf. berichtet über einen Fall von zweizeitiger Magenresektion, bei dem zum ersten Male die bereits von Cačković vorgeschlagene Jejunostomie mit bestem Erfolg als Voroperation ausgeführt wurde. Er empfiehlt dieses Verfahren für alle

Fälle, wo bei technisch möglicher Radikaloperation eines Pyloruskarzinoms der Allgemeinzustand des Pat. ein einzeitiges radikales Vorgehen verbietet und zieht die Jejunostomie bei sehr geschwächten Kranken der gefahrvolleren Gastroenterostomie vor.

Müller (Dresden).

31) **F. Massmann.** Zwei Fälle von Gangrän des Colon transversum nach Pylorusresektion.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

Beide Fälle, deren Krankengeschichten ausführlich wiedergegeben sind, endeten infolge Dickdarmgangrän tödlich; davon der eine, nachdem er zweimal relaparotomiert und beim zweiten Male die gangränöse Partie des Querkolons reseziert war. Forderung der möglichst frühzeitigen Diagnose und operativen Behandlung des Magenkrebses, da sich nur so zu ausgedehnte Operationen, die zur Kolongangrän führen können, vermeiden lassen; ist ein Teil des Colon transversum verdächtig, so darf man die Resektion dieser Stelle nicht unterlassen.

Müller (Dresden).

32) **V. Pauchet** (Amiens). Occlusion aiguë par diverticulite chronique. Entérostomie à droite. Cure de l'anus artificiel par abouchement dans le caecum.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1161.)

Bei einem jungen Mädchen mit schon lange bestehenden Verdauungsstörungen traten plötzlich die Zeichen akuten Darmverschlusses auf. Als Ursache fand P. bei der am 3. Tage nach Beginn der Erkrankung vorgenommenen Laparotomie eine Knickung des Dünndarmes 25—30 cm oberhalb des Blinddarmes durch flächenhafte Verwachsung eines hier abgehenden, 4—5 cm langen Meckel'schen Divertikels mit dem linken Gekrösblatt. Er löste die Verwachsung, resezierte das Divertikel, entleerte den geblähten zuführenden Schenkel der Darmschlinge durch einen Einschnitt, schloß diese Inzision durch Naht und reponierte den Darm. 2 Tage lang ging alles gut; er erfolgte spontaner Abgang von Stuhl und Gasen; dann traten plötzlich neue Ileuserscheinungen auf. Diesmal begnügte sich P. mit Anlegung einer Kotfistel an der Stelle der früheren Inzision des Darmes, da Pat. zu jedem anderen Eingriffe zu schwach war. Als normale Darmentleerung zurückgekehrt war, schloß er die Kotfistel durch seitliche Darmnaht. Nach 14 Tagen trat abermals Darmverschluß auf, der wiederum durch Anlegung eines künstlichen Afters behoben wurde. Durch Umschneidung dieses nach weiteren 3 Monaten und Einpflanzung in den Blinddarm erzielte P. endlich definitive Heilung.

Reichel (Chemnitz).

33) **E. Hagedorn.** Zur Kasuistik des durch Fremdkörper bewirkten Ileus. (In einem Falle durch Murphyknopf, im anderen durch Ascaris lumbricoides).

Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

Wegen motorischer Insuffizienz und Dilatation des Magens bei allgemeiner Ptosis wurde im ersten Falle die Gastroenterostomia posterior mit Knopf gemacht. 14 Tage später wegen Passagestörung erste Relaparotomie und erweiternde Plastik der der Anastomosenstelle gegenüber narbig veränderten Darmwand. 2 Tage darauf zweite Relaparotomie und Enteroanastomosenbildung zwischen zu- und abführendem Schenkel. Nach weiteren 4 Wochen dritte Relaparotomie wegen Ileus. Enterotomie, Enfernung des verstopfenden Murphyknopfes aus einer im kleinen Becken liegenden Dünndarmschlinge. Heilung.

Im zweiten Falle wurde bei einem 9jährigen Knaben, der mit den Erscheinungen des Darmverschlusses eingeliefert wurde und der vorher zweimal Askariden erbrochen hatte, sofort operativ vorgegangen und als Ursache des Ileus Enterospasmus im Ileum infolge eines Spulwurmes festgestellt. Extraktion des Wurmes.

Heilung. — Im allgemeinen ist beim sog. Ileus verminosus, den Verf. zu Recht anerkennt, medikamentös vorzugehen. Da aber die Diagnose selten vorher bestimmt zu stellen ist, so wird sich ein operatives Vorgehen nicht immer umgehen lassen. **Müller** (Dresden).

34) **N. Damianos.** Über aufsteigende Darmeinstülpung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 439.)

D. gewann ein Präparat von aufsteigender Dünndarminvagination durch Darmresektion bei einem leider zu spät dem Kronprinz Rudolf-Kinderhospital in Wien zugeführten 3jährigen Kinde, das die Operation nur kurze Zeit überlebte. Das Präparat wird von ihm näher beschrieben und abgebildet. Im Anschluß hieran gibt er eine Zusammenstellung der nur selten vorgekommenen Fälle aufsteigender Invaginationen, deren er 19 in der Literatur auffinden konnte. In 9 Fällen handelte es sich dabei lediglich um ein- oder mehrfache aufsteigende Invaginationen, in den übrigen liegt eine Kombination ab- und aufsteigender Invaginationen an nicht identischen Darmpartien vor. Im Eingang ist auch der Mechanismus des Invaginationsvorganges unter Bezugnahme auf die Nothnagel'schen Tierexperimente durchsprochen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

35) **Passaggi.** Invaginazione ileocolica.

(Policlinico 1905. Ser. chir. Fasc. 1.)

P. beobachtete bei einer 30jährigen Frau Anfälle von Schmerzen und Stuhlverstopfung mit Bildung einer leichten Resistenz in der rechten Bauchseite. Es fand sich die Diagnose einer Invaginatio ileo-coecalis bestätigt. Das Colon ascendens endete in seiner Mitte plötzlich mit einer keulenförmigen Anschwellung. Die Invagination ließ sich leicht lösen. Das Intussuscipienz zeigte auf seiner Oberfläche Striae-ähnliche Längsrisse der Muscularis. Er wurde durch eine wahre Endoplicatio, vermittels zweier fortlaufender Längsnähte, verengt. Die Schmerzanfälle hörten sofort nach der Operation auf. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

36) **H. Bousquet** (Clermont-Ferrand). Obstruction intestinale par invagination. — Laparotomie. — Développement de la partie invaginée. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXX. p. 2.)

Der von B. mit Erfolg operierte 39jährige Pat. litt 5 Monate an häufigen, fast täglichen Koliken in der Nabelgegend, bald von hartnäckiger Stuhlverstopfung, bald von Durchfall begleitet. In der anfallsfreien Zeit ergab die Palpation des Bauches nichts Abnormes; während der überaus schmerzhaften Kolikanfälle fühlte man indes in der rechten Fossa iliaca mehrfach eine deutlich abgegrenzte Geschwulst von der Größe einer Mandarine, welche etwas verschieblich war, auch spontan ihre Lage insofern änderte, als sie bald parallel dem Colon ascendens, bald senkrecht zu ihm mit ihrer Längsachse gerichtet war. Gleichzeitig bestand während des Anfalles Temperatursteigerung bis 39°. Den Anfällen folgten Tage völligen Wohlseins. — Während eines besonders heftigen Anfalles mit peritonitischen Erscheinungen entschloß sich B. zur Laparotomie. Er fand nach innen vom Blinddarm eine vom Dünndarme gebildete, 8—10 cm lange, wurstförmige Masse, welche sich leicht vorziehen ließ und als Invagination herausstellte. Es gelang, durch vorsichtigen Zug die Einstülpung zu lösen und so eine 25 cm lange Dünndarmschlinge zu entwickeln. In dem herausgezogenen Darmzylinder fand sich aber noch ein zweiter Zylinder invaginiert, der sich gleichfalls vorziehen ließ und 5—6 cm maß. Dieser letztere Abschnitt wurde von einem daumendicken Meckel'schen Divertikel gebildet, das von einer taubeneigroßen Fettmasse überdacht wurde. B. resezierte das Divertikel und erzielte dadurch völlige Heilung seines Pat.

Reichel (Chemnitz).

37) **W. Bergmann** (Saaz). Zur Kasuistik der Erkrankungen der Flexura sigmoidea.

(Prager med. Wochenschrift 1904. Nr. 26.)

Verf. teilt drei Beobachtungen mit: 1) Ein mit einfacher Detorsion (ohne Fixation) der um 180° nach rechts gedrehten Flexur behandelter Mann war nach 8 Jahren noch völlig arbeitsfähig und ohne Darmstörungen. 2) In desolatem Zustande, bei serofibrinöser Peritonitis operierter Volvulus; Tod an Pneumonie 60 Stunden p. op. 3) An der Leiche eines 23 Jahre alten, seit mehr als 6 Jahren an Erbrechen, Verstopfung und Auftreibung des Leibes leidenden, stark abgemagerten Mannes füllte die enorm gedehnte und erweiterte Schlinge des S romanum den ganzen vorderen Bauchraum von der Symphyse bis zum Zwerchfell aus. Durch Auflagerung einer zentimeterdicken, festhaftenden, harten Kotmasse auf die Schleimhaut war sie in ein starres Rohr verwandelt, das den Pylorus und Magen gegen die Wirbelsäule komprimierte und dadurch zu einer spindelförmigen Erweiterung des unteren Speiseröhrendrittels Veranlassung gegeben hatte. Irgendwelche akute oder chronische peritonitische Veränderungen fehlten, daher sieht Verf. als primäre Ursache des Leidens eine abnorme Länge der Flexur an.

Gutzeit (Neidenburg).

38) **F. Gelati** (Modena). Sopra un caso di ano perineale, nota clinica e considerazioni.

(Clinica chirurgica Bd. X. Hft. 11.)

Bericht über einen glücklich operierten Fall von Anus perinealis bei einem 15jährigen Mädchen durch Auslösen des Mastdarmes aus seinen Verbindungen, Zurückverlegen um mehrere Zentimeter und Neubildung eines Septum recto-vaginale und eines Dammes. Die Funktionen des Sphinkter wurden durchaus normale.

J. Sternberg (Wien).

39) **Fontoynont** (Tananarive). Prolapse total du rectum avec hédrocèle chez un enfant malgache de douze mois. Rectococcypexie. Guérison. — Rapport par M. Broca.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXX. p. 23.)

Das Interesse des Falles liegt in der Jugend des erst 12 Monate alten Pat. und in dem Vorhandensein einer Hedrokele: Der vordere obere Abschnitt des 12 cm langen Mastdarmvorfalles war durch eine weiche, sonore, unter gurgelndem Geräusch reponierbare Masse noch besonders vorgewölbt. Dies veranlaßte F. zur Rektokokkypexie, die auch trotz Fortbestehens von Diarrhöen noch nach 4 Monaten von keinem Rezidive gefolgt war, also anscheinend eine radikale Heilung herbeigeführt hat. — Voll und ganz wird man der Bemerkung des Berichterstatters Broca zustimmen können, daß die Operation eines Mastdarmvorfalles bei so jungen Kindern die seltene Ausnahme bleiben muß, da bei nicht zu sehr kachektischen Kindern die nicht operative Behandlung fast immer zum Ziele führt, bei zu elendem Allgemeinbefinden aber auch die Operation in der Regel nur Mißerfolge zeitigt. (Ref.)

Reichel (Chemnitz).

40) **Kennedy.** Case of excision of a strangulated prolapsed rectum, sigmoid flexure and descending colon in a cretin; recovery.

(Glasgow med. journ. 1905. Januar.)

K. entfernte mit vollständigem Erfolg einen über 60 cm langen Vorfall, der, früher oft reponiert, irreponibel geworden war und Inkarzerationserscheinungen machte. Pat., ein Kretin, war 28 Jahre alt.

W. v. Brunn (Rostock).

41) **Speckert.** Ein Fall von Chyluscyste.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 4.)

Verf. fügt zur Kasuistik der bisher sicher gestellten 20 Fälle von Chyluscysten einen neuen. Bei einer 29jährigen Frau ward ein Ovarialkystom diagnostiziert.

Die Operation zeigte, daß es sich um eine Cyste im Mesenterium des untersten Dünndarmes handelte. Da an Exstirpation infolge der Größe der Geschwulst nicht zu denken war, wurde die Cystenwand in die Bauchwunde eingenäht und dann ca. $2^1/_2$ Liter Chylus abgelassen. Die Heilung ging glatt von statten. Die mikroskopische und chemische Untersuchung erwies den Cysteninhalt ebenfalls als Chylus. Die Cystenwand bestand aus drei deutlich voneinander abgegrenzten Schichten. Die hier beschriebene Geschwulst ist aufzufassen als eine in der Lamina propria mesenterii, zwischen beiden Platten des Mesenteriums oder in dem die Chylusgefäße begleitenden retroperitonealen Bindegewebe, im Bereiche des Chylusgefäßsystems gelegene Geschwulst mit spezifischem Cysteninhalt. Viele der bis jetzt bekannten Chyluscysten haben sich durch ausgiebige Beweglichkeit ausgezeichnet und durch leichte Tastung die Diagnose ermöglicht. Narath unterscheidet scharf zwischen retroperitonealen und mesenterialen cystischen Geschwülsten. Erstere läßt er aus zu beiden Seiten der Wirbelsäule befindlichen Organen, letztere aus den zwischen die Gekrösblätter eingelagerten Gebilden, meist aus Lymphgefäßen und Lymphdrüsen entstehen. Die Genese wird von den verschiedenen Autoren verschieden beurteilt. Im vorliegenden S.'schen Falle handelt es sich wohl ätiologisch um eine Stauung im Chylusgefäßsystem. Eine Kommunikation zwischen Cyste und Chyliferen hatte aber in letzter Zeit nicht mehr bestanden. In der Wandung der Chyluscysten ist nie Epithel gefunden worden. Der Inhalt ist durch hohen Fett- und Eiweißgehalt ausgezeichnet. Betroffen von dem Leiden ist jedes Alter, häufiger das weibliche Geschlecht. Von den Symptomen sind hervorzuheben: Schmerzen im Bauch, Aufstoßen, Erbrechen, Verstopfung oder plötzlicher Durchfall, Anämie und Abmagerung.

Unter den therapeutischen Maßnahmen kommen vornehmlich die Einnähung der Cyste und Eröffnung, dann die Exstirpation in Betracht. Letztere ist zu beschränken auf Fälle von gestielten Cysten und von leichter Enukleationsmöglichkeit, da andernfalls leicht Verletzungen gesetzt werden können, welche durch die Notwendigkeit einer Darmresektion die Gefahr des Eingriffes erhöhen würden.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

42) **A. Trinkler.** Totale Exstirpation des Omentum bei Achsendrehung desselben.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 269.)

T. operierte folgenden Fall: Pat. (Alter nicht angegeben) hat seit mehr als 10 Jahren das Gefühl von Unbehagen in der Skroto-Inguinalgegend und zeitweise Schmerzen in der Blinddarmgegend, in den letzten Jahren Gefühl von Schwere im Unterleibe, ferner habituelle Stuhlverstopfung. Befund: Kindskopfgroße fluktuierende Flüssigkeitsansammlung im rechten Hodensackfach, weder Hoden noch Samenstrang fühlbar, Leistenkanal für den Finger durchgängig, welcher in der Gegend des inneren Bauchringes an feste, dem Gefühle nach netzähnliche Körper stößt. Im rechten unteren Bauchteil eine derbe, über zweifaustgroße Geschwulst, etwas beweglich und nur sehr wenig druckempfindlich, die sich ebenfalls wie verdicktes Netz anfühlt. Keinerlei akute bezw. entzündliche Erscheinungen. Bei der Operation ergibt Schnitt in die rechte Skrotalhälfte einen zwei Gläser voll serös-blutiger Flüssigkeit enthaltenden Leistenbruchsack. Am inneren Leistenringe findet sich mit lockeren, blutenden, augenscheinlich frischen Verwachsungen fixiertes Netz, nach dessen Zurückdrängung der Finger in die Bauchhöhle gelangt, aus welcher sich blutige, Fibringerinnsel enthaltende Flüssigkeit entleert. Der zu Gesicht gekommene Netzteil hängt mit der intraabdominalen Geschwulst zusammen. Um dieser habhaft zu werden, Laparotomie. Die Geschwulst ist das umfangreiche, dunkelblaue, starke Venen tragende Netz, das oben in einen dreifingerbreit langen und einfingerbreit breiten, dreimal um seine Achse gedrehten Stiel übergeht. Unterbindung und Trennung des letzteren, glatte Heilung.

Der Mitteilung des eigenen Falles ist eine Allgemeinbesprechung der Achsendrehung abdomineller Organe und Geschwülste, speziell des Netzes, voraufgeschickt, wobei die früheren analogen, ziemlich spärlichen Beobachtungen erwähnt werden

Nur in wenigen Fällen ist die Achsendrehung von Netz bei von Verwachsungen ganz freiem Netz beobachtet. Meist ist das distale Ende des Netzes irgendwo, namentlich in Hernien, festgelegt und ist auf diese Weise eine feste Achse präformiert, um welche die Drehung stattfindet. Außerdem zeigt das achsengedrehte Netz nicht chronisch entzündliche Veränderungen, die ebenfalls meist mit Brüchen in ursächlichem Zusammenhange stehen. Differentialdiagnostisch kann für gedrehte Netzgeschwülste, wie in T.'s Fall, Appendicitis in Frage kommen.

Zum Schluß Literaturverzeichnis von 39 Nummern.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

43) **F. Möller.** Chronische Mesenteriitis.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

Kasuistische Mitteilung eines Ileusfalles, bei dem als Ursache durch die Operation an vier Stellen des untersten Dünndarmes »anscheinend durch Entzündungsprozesse am Mesenterium entstandene und auf die Darmserosa fortgeschrittene ringförmige Verwachsungen und Verengerungen« gefunden wurden. An drei Stenosestellen Längsinzision und Quernaht, schließlich doch Ileokolostomie. Ferner Resektion des kranken Wurmfortsatzes, dessen zugehörige Mesenterialdrüsen tuberkulös gefunden wurden. Heilung.

(Nach Ansicht des Ref. dürfte es sich um narbige, stenosierende, tuberkulöse Darmgeschwüre mit sekundären entzündlichen Veränderungen des Mesenteriums gehandelt haben.) **Müller** (Dresden).

44) **Le Fort** (Lille). Splénectomie pour endothéliome de la rate. Guérison maintenue depuis dix mois. Rapport par M. F. Legueu.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1176.)

Der 56jährige Pat. hatte 20 Jahre zuvor mehrfach an Intermittens gelitten, war aber seitdem gesund geblieben. Seit $1^1/_2$ Jahren litt er an gastrischen Störungen, reichlichstem Schleimerbrechen, Verdauungsbeschwerden; aber erst seit 4 Monaten bemerkte er eine Zunahme des Leibesumfanges. Eine im Oktober 1901 vorgenommene Untersuchung ergab bei dem bleichen, anämischen Manne eine fast den ganzen Bauch füllende Milzgeschwulst. Eine Behandlung mit Chinin und Arsen brachte vorübergehend geringe Besserung; dann wuchs die Geschwulst weiter, weshalb Le F. im September 1902 die Splenektomie ausführte. Die exstirpierte Milz wog 4800 g; ihre mikroskopische Untersuchung ergab, daß es sich um ein Endotheliom handelte. Noch 10 Monate nach der Operation fühlte sich Pat. völlig wohl. **Reichel** (Chemnitz).

45) **Randone.** L'eliminazione della bile nell' uomo dopo l'ingestione di sostanze proteiche e grasse.

(Policlinico 1905. Ser. chir. Fasc. 2.)

R. stellte seine Untersuchungen an einem Menschen mit dauernder, kompletter und permanenter Gallenfistel (Cholecystostomie bei Choledochusverschluß) an und fand: Nahrungsaufnahme erzeugt eine starke Gallenabsonderung, die gegen die 3. Stunde am stärksten ist. Eiweißreiche Nahrung hat keinen Einfluß auf die Beziehungen zwischen Gallen- und Harnstoffausscheidung. Fette vermehren die Ausscheidung weniger stark; der Höhepunkt liegt nach 4 Stunden; das Gallen-Harnstoffverhältnis (Harnstoffmenge auf 100 frische Galle) sinkt.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

46) **Tilton.** Some considerations regarding wounds of the liver.

(Annals of surgery 1905. Nr. 1.)

In 365 Fällen von subkutaner Verletzung der Baucheingeweide war die Leber 189mal, Milz, Pankreas und Nieren zusammen nur 179mal betroffen. Der Sitz der Leber zwischen relativ starren Wänden — Rippen und Wirbelsäule —, ferner die

häufigeren krankhaften Veränderungen des Organes prädisponieren zu Rupturen. Der rechte Leberlappen ist öfter verletzt als der linke, die konvexe obere Fläche mehr als die konkave untere. Die Symptome sind, neben den allgemeinen der Verletzung der Baucheingeweide überhaupt, speziell: ausstrahlende Schmerzen in die rechte Schulter, Druckempfindlichkeit in der Lebergegend, harte Spannung der Bauchdecken, Verblutungserscheinungen, Gelbsucht, Erbrechen. Die Prognose hängt von der Schwere der inneren Blutung ab. Die Mortalität betrug bei subkutanen Verletzungen nach Edler 78%, bei Schußwunden 39%, bei Stichwunden 37,5%.

In allen schweren Fällen muß sofort die Laparotomie ausgeführt werden, bei allen offenen Wunden ist ebenfalls die Leber freizulegen. Nur in milden Fällen ohne Chok und ohne die Anzeichen innerer Blutung darf exspektativ verfahren werden. **Herhold** (Altona).

47) **Spillmann.** Rupture double des voies biliaires consécutive à une chute.

(Arch. prov. de chir. 1904. Nr. 12.)

Ein 8jähriges Mädchen stürzte etwa 15 m ab auf die linke Seite, bricht den linken Vorderarm und klagt sofort über heftige Leibschmerzen. Erst 20 Tage nach dem Unfalle wird sie mit allen Zeichen von Peritonitis in das Krankenhaus gebracht. Laparotomie, Entleerung von 2 Litern Galle, ohne daß es möglich ist, bei der stark kollabierten Pat. die Rißstelle zu finden. Tamponade der Gallengegend. 8 Tage später war bereits eine zweite Entleerung von $1^1/_2$ Liter galligen Inhaltes nötig. Am 18. Tage Tod. Bei der Autopsie fanden sich zwei kleine Einrisse der Gallenwege, einer am Blasenhals, einer am Ductus hepaticus dicht am Austritt aus der Leber. **Stolper** (Göttingen).

48) **Hammond.** Congenital elongation of the left lobe of the liver.

(Annals of surgery 1905. Januar.)

Ein 16jähriges Mädchen litt seit 2 Jahren nach jedem Essen an Auftreibung der Magengegend und lästigem Druckgefühl daselbst. Nach Laparotomie zeigte sich, daß eine Senkung des Magens und eine zungenförmige Verlängerung des linken Leberlappens bestand. Der letztere erstreckte sich über die kleine Kurvatur des Magens bis ins linke Hypochondrium; die Milz zeigte dort, wo sie von dem Leberlappen berührt wurde, eine Einzackung. Der ausgezogene Leberlappen wurde in die Bauchwunde gezogen und in derselben durch Nähte fixiert (Ventrosuspension) die Beschwerden verschwanden. H. glaubt, daß es sich um eine angeborene Verlängerung des linken Leberlappens gehandelt habe. **Herhold** (Altona).

49) **Fink** (Karlsbad). Ein Fall von Vortäuschung der Gallenblase.

(Prager med. Wochenschrift 1904. Nr. 20.)

Bei einer 63jährigen, seit 20 Jahren an Gallensteinkoliken leidenden Frau täuschte die starke Vergrößerung des rechts von der Inzisur gelegenen Leberabschnittes eine Gallenblase vor. Tatsächlich war, wie die Operation nachwies, die Gallenblase zu einem häutigen Rudiment geschrumpft; Schnürleber bestand nicht. Der gleichzeitig gefundene Choledochusstein hatte wahrscheinlich früher im rechten Aste des Hepaticus gesessen und eine Stauung vorzugsweise im rechten Leberlappen bedingt. Die Ähnlichkeit mit einer Gallenblase war bei der Tastung durch die Bauchdecken deshalb noch auffälliger, weil die als solche imponierende Geschwulst während des Anfalles größer und druckschmerzhaft wurde, nach den Anfällen wieder zurückging. **Gutzeit** (Neidenburg).

50) **Mildner.** Alkoholische Lebercirrhose beim 8jährigen Kinde. Die Chancen der Talma'schen Operation.

(Therapie der Gegenwart 1904. Nr. 12.)

Verf. berichtet über einen Fall von alkoholischer Lebercirrhose bei einem 8jährigen Kinde, bei welchem zur Beseitigung des nach wiederholten Punktionen

stets wiederkehrenden Ascites die Omentopexie vorgenommen wurde. Bei der Operation zeigte sich das Netz dünn und anämisch, Venenerweiterungen waren nirgends zu finden.

Das Kind starb nach 14 Tagen, jedoch zeigte sich eine deutliche Venenerweiterung an Brust- und Bauchhaut.

Es war also eine Ablenkung des Pfortaderkreislaufes auf dem Wege der V. epigastrica superf. trotz der dünnen Netzvenen zustande gekommen.

Aus diesen Tatsachen schließt Verf., daß nicht in allen Fällen die Lebercirrhose durch Stauung eine Venenerweiterung hervorruft und der Ascites nicht immer der Ausdruck der Hypertension des Portalkreislaufes ist, daß aber auch bei absolutem Fehlen von Venenerweiterung ein Erfolg der Talma'schen Operation noch zu erwarten ist. **Silberberg** (Breslau).

51) H. Delagénière (Mans). Contribution à la chirurgie du canal hépatique d'après trois cas personelles et les travaux les plus recents.

Paris 1904.

Die verschiedenen Operationsverfahren am Ductus hepaticus sind in der kurzen Abhandlung besprochen, vor allem die direkte und indirekte Drainage bei Infektionen sowie die Mittel und Wege zur Entfernung von Steinen. Bei jeder Methode ist zur Erläuterung ein Krankheitsfall beschrieben, von denen drei persönliche Erlebnisse: ein Fall von indirekter Drainage durch den Ductus choledochus, ein zweiter von Lithotripsie und endlich ein solcher von einfacher Entfernung von Steinen durch Inzision des Ductus hepaticus. **Coste** (Straßburg i. E.).

52) M. Baillet (Orléans). Rétention biliaire par calcul. Cholédochotomie, persistance des accidents. Hépaticolithotripsie. Guérison. Rapport par M. Michaux.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 1194.)

Bei einer 45jährigen Frau machte B. wegen Verschluß des Choledochus durch Steine die Choledochotomie mit Exstirpation der Gallenblase und des Cysticus, welche sämtlich Steine enthielten. Aus dem Choledochus hatte B. einen haselnußgroßen Stein entfernt, doch entleerte sich danach nur wenig Galle. In das periphere Ende des Choledochus konnte B. nachher eine Sonde 15 cm weit leicht einführen, nicht aber in das zentrale. Die Wunde des Choledochus nähte B., ließ aber behufs Drainage den Cysticusstumpf offen. Bei sonst gutem Verlaufe blieben aber auch nach der Operation die Stühle ungefärbt, und aus der Wunde floß keine Galle ab. Es bestand also noch ein höher oben sitzender Verschluß der Gallenwege. Am 9. Tage nach der ersten Operation inzidierte B. deshalb nochmals, durchschnitt bei den mühsamen Versuchen versehentlich den Choledochus quer, konnte ihn wieder peripher, aber nicht zentral sondieren; endlich drang die Sonde 12 cm weit aufwärts ein, und nach ihrem Zurückziehen entleerten sich Galle und Steinbröckel in größerer Menge. Auf Naht des Choledochus verzichtete B. diesmal, zumal seine beiden Enden sich nicht aneinander bringen ließen, drainierte und tamponierte die Wunde. Schließlich trat völlige Heilung ein.

Reichel (Chemnitz).

53) König. Die Bedeutung der Lebersyphilis für die Diagnose der Bauchgeschwülste.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 6.)

In den drei Fällen, von denen die Krankengeschichten mitgeteilt werden, handelte es sich um schmerzhafte Geschwulstbildung in der Substanz der Leber, welche durch Syphilis hervorgerufen wurde. Die luetischen Geschwülste können sich darstellen: 1) als flächenhaft in der Substanz der Leber gelegene, meist harte, in der Regel ungleiche Schwellungen, welche innerhalb der Perkussionsgrenzen der Leber liegen; 2) als anscheinend von der Leber getrennte, öfter sehr bewegliche, knollige,

meist rundliche, nierenförmige usw. Geschwülste, welche mit der Leber gestielt zusammenhängen, einen Teil derselben zuweilen einen recht großen darstellen. Die Diagnose ist nicht in allen Fällen sicher zu stellen. Differentialdiagnostisch kommen bei der ersten Form in Betracht: Tuberkulose der Leber, primäre Karzinome, metastatische Geschwülste; bei der zweiten Form: Nierengeschwülste, Schnürleber usw.

Ob man bei dem Nachweise von Syphilis durch Operation die Krankheit entfernen darf und soll, das läßt sich nur von Fall zu Fall zu entscheiden.

Langemak (Erfurt).

54) **N. Trinkler.** Zur Diagnose der syphilitischen Affektionen des Pankreas.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 58.)

T. berichtet einen eigenen Fall, eine 28jährige Pat. betreffend, deren Leiden für Cholelithiasis angesehen war und die deshalb laparotomiert wurde. Dabei fand sich statt der Gallensteine eine Anschwellung des Pankreaskopfes mit zahlreichen gelben, linsen- bis erbsengroßen Knötchen, die für Gummata zu halten waren. Eine nun eingeleitete antiluetische Behandlung war von Erfolg, so daß binnen 2 Monaten an Stelle der früheren derben Geschwulst, die, neben der stark vergrößerten Leber gelegen, für die Gallenblase gehalten war, nur noch eine unbedeutende schmerzlose Verdichtung tastbar war. Die Krankheitserscheinungen der Pat. datierten $1^1/_2$ Jahre zurück und hatten mit einer heftigen Pseudogallenkolik begonnen. Übelkeit, Brechen, Diarrhöen kamen im Verlauf einer Kumyskur hinzu, zuletzt auch starker Ikterus. Die Pat. scheint bald nach ihrer Verheiratung infiziert zu sein, hatte einmal eine totfaule Frucht geboren, auch wiederholt starke Periostitiden an den Rippen gehabt, Umstände, die bei der Diagnose vor der Operation nicht genügend erwogen zu sein scheinen.

Der kasuistischen Mitteilung ist eine Allgemeinbesprechung des Leidens vorausgeschickt, welches jedenfalls selten und noch wenig bekannt ist. Im ganzen reiht es sich den einfachen chronischen Pankreatitiden, insbesondere den indurativen an.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

55) **Nobl.** Beitrag zur akuten Erkrankung der Bauchspeicheldrüse.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXV. Hft. 3.)

N. veröffentlicht aus Sprengel's chirurgischer Abteilung zwei Fälle von Pankreaserkrankung. Im ersten Falle, bei einer 18jährigen Dienstmagd, wurde die Diagnose auf perforiertes Magengeschwür gestellt. Bei dem Eingriffe fand sich das Pankreas geschwollen, der Bauch voll von einer rotbraunen, wäßrigen Flüssigkeit, die von dem freigelegten Pankreas ausströmte. Auf Tampondrainage heilte das Leiden aus. — In dem zweiten Falle handelte es sich um einen 64jährigen Heizer. Die Diagnose war unbestimmt, event. Pericholecystitis. Der Kopf des Pankreas war nekrotisch und wurde entfernt. Im Gegensatze zum ersten Falle fanden sich außerdem noch Fettnekrosen. Auch hier wurde tamponiert und Heilung erzielt.

Verf. bespricht den Zusammenhang der akuten Pankreatitiden mit der Cholelithiasis, die Unsicherheit der Frühdiagnose und tritt für die Frühoperation einschlägiger Fälle ein. Im allgemeinen ist der Weg durch das kleine Netz zum Pankreas vorzuziehen. Am Schluß der Arbeit sind 43 Fälle aus der Literatur der letzten drei Jahre zusammengestellt. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

56) **F. Spitzer.** Vorkommen eines paraurethralen Ganges mit cystischen Erweiterungen in der Genitoperinealrhaphe.

(Wiener med. Presse 1905. Nr. 9.)

Verf. fand bei einem Kranken mit Gonorrhöe einen gonorrhoisch nicht erkrankten Paraurethralgang mit cystischen Erweiterungen in der Genitoperinealrhaphe, der sein Entstehen einer Hemmungsbildung bei der Verwachsung der embryonal angelegten Urethralrinne verdankt. **Paul Wagner** (Leipzig).

57) **Guépin.** Le traitement de l'hypertrophie sénile de la prostate.
Paris, **Felix Alcan,** 1905. 138 S.

Verf. tritt sehr warm für die nicht operative Behandlung der Prostatahypertrophie ein. In gesonderten Abschnitten werden für die einzelnen Stadien der Erkrankung eine Reihe prophylaktischer und palliativ-symptomatischer Mittel angegeben und besprochen. Besonders kommen in Betracht Bäder, warme Klystiere, digitale Expression von Retentionscysten, Dauerkatheter, Blasenausspülungen, Ichthyol und Jodoformsuppositorien. **Willi Hirt** (Breslau).

58) **Young.** Conservative perineal prostatectomy.
(Journ. of the americ. med. assoc. 1905. Februar 4.)

Y. berichtet über die Erfolge mit dem von ihm angegebenen Verfahren (Ref. s. d. Bl. 1903 Nr. 52). Seit Mai 1904 hat er 50 Pat. operiert, darunter 10 zwischen 70 und 85 Jahren mit im ganzen 2 Todesfällen. Als Betäubungsmittel verwandte er in vielen Fällen die Spinalanästhesie mit bestem Erfolge selbst bei sehr alten und schwachen Leuten. Seitdem er das Kokain in Spinalflüssigkeit löst, hat er keine üblen Zufälle gehabt. Bei der Nachbehandlung kommt es darauf an, die Nieren durch reichliches Wassertrinken durchzuspülen, die Kranken recht bald (3. oder 4. Tag) aus dem Bett in den Rollstuhl zu bringen und die Drainröhre und Tampons baldigst aus der Wunde zu entfernen, spätestens am 4. Tage. Dauerkatheter widerrät Y. dringend. Bei seinen sämtlichen Operierten ist natürliche Harnentleerung eingetreten, die meisten sind frei von Residualharn, der höchstens 35 cmm beträgt. Einen Teil seiner Erfolge schreibt er dem von ihm angegebenen »Tractor« zu. **Trapp** (Bückeburg).

59) **Ráskai.** Untersuchungen über die Ätiologie der Cystitis.
(Monatsberichte für Urologie Bd. X. Hft. 1.)

Unter 61 Fällen von Cystitis waren 36 sauer, 21 alkolisch, 4 neutral. Es überwiegen hier die sauren Kolicystitiden.

Im allgemeinen kann das Bact. coli seine cystitiserregende Wirkung nur mit Hinzutreten gewisser Hilfsmomente, die eine Prädisposition der Blase hervorrufen, ausüben; besonders kommen in Betracht Retention und Trauma. Das Bakt. coli ist desgleichen die häufigste Ursache der Bakteriurie ohne Cystitis. In den Fällen des Verf.s war die Ursache der Koliinfektion meist ein Katheterismus einer affizierten Blase.

Viermal fand sich Proteus vulgaris als Erreger der Cystitis, davon dreimal in Reinkultur. Alle vier Fälle fielen durch ihre Intensität auf. Neun Fälle waren durch Staphylo- resp. Streptokokken verursacht; bei Staphylokokkeninfektion fand sich meist ammoniakalischer Harn, bei Streptokokken saurer. Die Intensität dieser Cystitiden war sehr wechselnd. **Willi Hirt** (Breslau).

60) **M. Benöhr.** Fälle von subkutaner Nierenzerreißung.
Dissertation, Kiel 1904.

Verf. teilt aus der Helferich'schen Klinik vier Fälle von subkutaner Nierenverletzung mit, die durch Überfahrenwerden resp. Sturz entstanden waren. Bei dem einen Kranken, einem 11jährigen Knaben, konnte als eine nicht gerade häufig auftretende Erscheinung das Bestehen einer Flexionsstellung des der gequetschten Nierenseite entsprechenden Oberschenkels beobachtet werden. Es hatte hier offenbar eine von der verletzten Niere ausgehende Geschwulst, die im weiteren Verlaufe auch nachgewiesen wurde, auf den M. psoas gedrückt und nach Art eines Psoasabszesses die Flexionsstellung des Oberschenkels im Hüftgelenk herbeigeführt. In allen vier Fällen trat unter strengster Ruhelagerung, Eisapplikation auf die Gegend der verletzten Niere und unter angemessener Diät vollständige Heilung ein.
P. Wagner (Leipzig).

61) **B. Schenk.** Renal hematuria of unexplained origin. Report of a case with cessation after nephrotomy.

(Med. news 1904. Dezember 24.)

Eine 46jährige, sonst gesunde Frau, hatte seit 5 Monaten blutigen Urin mit paroxysmalen Rückenschmerzen, namentlich in der linken Lendengegend. Der Harnleiterkatheterismus förderte aus der linken Niere blutigen Urin zutage, welcher während einer 4wöchigen Beobachtungszeit ununterbrochen vorhanden war. Die explorative Nephrotomie zeigte das Nierenbecken von Blutgerinnseln erfüllt, während im Parenchym nichts Pathologisches bemerkt werden konnte. Zu demselben Resultate gelangte man bei der genauen Untersuchung eines exzidierten Nierenstückchens. Die Hämaturie ließ nach der Operation nach und verschwand nach 4 Wochen. Die Kranke wurde geheilt entlassen.

Verf. ist in der Beurteilung solcher Fälle, was ein normales histologisches Bild anlangt, sehr skeptisch. Ein solches erkennt er nur in dem von Schede und einem von Klemperer beschriebenen Fall an.

Obwohl Verf. seinen eigenen Fall als eine essentielle Blutung auffaßt, weist er doch nicht die Möglichkeit von der Hand, daß doch an einer anderen Stelle des Parenchyms pathologische Veränderungen vorhanden gewesen sein können, und daß, selbst wenn dem nicht so wäre, man doch nicht berechtigt sein dürfte, von Blutungen aus einer anatomisch gesunden Niere zu sprechen, sondern man Israel's Standpunkt beachten und derartige Blutungen ätiologisch für noch vollkommen unklar halten müsse. **Hofmann** (Freiburg i. B.).

62) **F. Peuckert.** Über die von versprengten Nebennierenkeimen ausgehenden Geschwülste der Niere.

Diss., Leipzig, 1905.

Verf. berichtet aus der chirurgischen Abteilung des Dresdener Diakonissenhauses (Dr. Rupprecht) über drei Fälle aus versprengten Nebennierenkeimen entstandener Nierengeschwülste. Bei allen drei Kranken — 48- und 50jähriger Mann, 41jähriges Fräulein — wurde die Nephrektomie vorgenommen. Die beiden männlichen Kranken waren noch 2 Jahre nach der Operation gesund und rezidivfrei; das 41jährige Fräulein starb $3^3/_4$ Jahre nach dem Eingriffe an Metastasen. **Paul Wagner** (Leipzig).

63) **H. Hartmann.** Déchirure de la veine cave inférieure au cours d'une néphrectomie abdominale. Ligature du tronc au-dessus et au-dessous de la déchirure. Guérison sans incident.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXX. p. 57.)

Bei transperitonealer Ausschälung einer umfangreichen Pyonephrose hatte H. das Unglück, die Vena cava anzureißen. Der 3 cm lange Riß betraf den lateralen Rand und endigte nach aufwärts 3 cm unterhalb des Nierenstieles. Dadurch war die doppelte Unterbindung der Vene ober- und unterhalb des Risses ohne Gefährdung der anderen Niere möglich und führte zur Heilung ohne Zwischenfall. — Falls der Riß der Einmündung der Nierenvene entsprochen hätte, hätte nach Ansicht H.'s höchstens die laterale Venennaht in Frage kommen können.

Tuffier hält es nicht für erwiesen, daß Unterbindung der Vena cava selbst innerhalb des Bereiches des Nierenstieles notwendig die zweite Niere gefährdet hätte; wenigstens hat er experimentell vielfach die Nierenvene abgebunden, ohne danach die entsprechende Niere verändert zu finden. **Reichel** (Chemnitz).

64) **Souligoux.** Torsion du cordon spermatique sans ectopie testiculaire. Rapport par M. F. Legueu.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXX. p. 48.)

Der sonst gesunde 29jährige Pat. S.'s erkrankte ohne nachweisbare Ursache plötzlich mit heftigen Schmerzen und folgender Schwellung in der linken Hoden-

sackhälfte. 5 Tage nachher bestand Kontraktur der Bauchdecken in der linken Fossa iliaca, Beugekontraktur der linken Hüfte, schmerzhafte Anschwellung der linken Skrotalhälfte bis zur Größe eines Puteneies; Hode und Epididymis ließen sich nicht voneinander scheiden. Die Operation zeigte, daß es sich um eine intravaginale Drehung des Samenstranges um 180° handelte. Kastration wegen der vorhandenen schweren Zirkulationsstörungen am Hoden. Heilung.

Der Berichterstatter, Leguen, fügt einen zweiten Fall von Torsion des Samenstranges hinzu bei einem 13jährigen Knaben. Bei diesem war die entsprechende rechte Hälfte des Hodensackes leer; im Niveau des äußeren Leistenringes lag eine runde, schmerzhafte, nußgroße Geschwulst. Die Inzision ließ den weißen Hoden und schwarz verfärbten Nebenhoden erkennen und ergab eine Drehung in einer dem Uhrzeiger entgegengesetzten Richtung; sie war ohne Zweifel in dem Moment entstanden, in welchem der Hode zum erstenmal aus dem Leistenkanal verspätet hervortrat. Heilung ohne Kastration.

Leguen sieht in diesen beiden Beobachtungen die beiden anatomischen Typen der Drehung des Samenstranges. Bei der durch seinen Fall repräsentierten, sehr seltenen extravaginalen Torsion dreht sich der Samenstrang und der Hode samt seiner Scheide um seine Achse; bei der weit häufigeren intravaginalen Form erfolgt die Drehung innerhalb der Tunica vaginalis. Ektopie des Hoden fehlte unter 50 Fällen ungefähr 25mal. **Reichel** (Chemnitz).

65) **Philipp.** Die Röntgenbestrahlung der Hoden des Mannes.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 2.)

Verf. bestrahlte bei zwei Männern die Hoden, bei dem einen in der ausgesprochenen Absicht, ihn zu sterilisieren. Die ganze Bestrahlungsdauer war bei letzterem 365 Minuten, bei dem anderen nur 195 Minuten. Die zunächst vorgenommenen Untersuchungen der Spermaflüssigkeit ergaben normal gestaltete lebende Spermatozoen. 6—7 Monate später ausgeführte Untersuchungen des Samens aber zeigten eine vollkommene Azoospermie, ohne daß die Potentia coeundi im geringsten gelitten hatte. Verf. hält deswegen die Röntgenbestrahlung für eine »bequeme, schmerzlose und unschädliche Methode, um den Mann zu sterilisieren«. Wie lange es nach der Bestrahlung bis zur Schädigung der Spermatozoen dauert, muß erst durch weitere Versuche festgestellt werden.

Diese Erfolge sind zu gleicher Zeit für die Radiologen eine Warnung, bei ihrer Beschäftigung nicht gar zu furchtlos zu verfahren. **Gaugele** (Breslau).

66) **Guinard.** Cancer du sein. Fibromes de l'uterus. Castration subtotale et disparition consecutive de la tumeur du sein.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXX. p. 29.)

Englische Berichte von angeblicher Heilung von Brustkrebs durch Entfernung der Eierstöcke veranlaßten G. bei einer 45jährigen Frau mit rechtsseitigem Brustkrebs und rasch wachsendem Uterusfibrom die abdominale Hysterektomie und doppelseitige Oophorektomie zu machen. Zu seiner eigenen Überraschung schwand danach die axilläre Lymphdrüsengeschwulst sehr rasch vollständig, die Leistendrüsengeschwulst verkleinerte sich rapid, ihre Verwachsungen mit der Haut gingen zurück, die mit dem Pectoralis major wurden weicher. Eine nach 11 Wochen zur mikroskopischen Untersuchung vorgenommene Probeexzision eines kleinen Stückes aus dem damals noch vorhandenen Geschwulstrest bestätigte die Diagnose Karzinom.

G. stellte den Fall in diesem Stadium der Pariser chirurgischen Gesellschaft vor, enthielt sich zunächst aller weiteren Schlußfolgerungen.

Die an der Diskussion sich beteiligenden Chirurgen Routier, Quénu, Segond, Delbet, Kirmisson erkennen sämmtlich das hohe Interesse des Falles an, warnen aber vor zu weitgehenden Folgerungen: eine Heilung des Brustkrebses sei tatsächlich nicht erfolgt; auch zeigen genügend zahlreiche Beobachtungen das Vorkommen von Brustkrebsen bei Frauen, die vorher wegen irgend eines Leidens kastriert worden waren. **Reichel** (Chemnitz).

67) Zacharias (Erlangen). Eine seltene Form des Cervixmyoms.

(Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. LIII. Hft. 1.)

Der vorliegende, höchst bemerkenswerte Fall kam unter dem Bild eines diffusen Kollumkarzinoms wegen profuser Blutungen in Behandlung der Menge'schen Klinik. Der anscheinend eindeutige Tastbefund und das ganze Bild veranlaßten den Operateur zur Vornahme der abdominalen Radikaloperation nach Wertheim. Glatte Rekonvaleszenz! Die anatomisch-histologische Untersuchung bewies, daß die Auftreibung des Collum uteri durch eine eigentümlich diffuse Fibromyombildung bedingt war. Ähnlich wie bei manchen Formen chronischer Metritis, war das Collum zu einem mächtigen, wulstigen Knollen verändert. Die Fibromyombildung erstreckte sich gleichmäßig konzentrisch vom Cervicalkanal aus durch alle Schichten des Kollums. Von einem Epitheliom war nichts zu finden. Ref. benutzt diese Gelegenheit, um wiederum auf die Notwendigkeit einer Probeexzision mit mikroskopischer Untersuchung ante operationem hinzuweisen. **Kroemer** (Gießen).

68) F. Kleinhaus (Prag). Beitrag zur Lehre von den Adenomyomen des weiblichen Genitaltraktus.

(Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. LII. Hft. 2.)

Zwei neue Beispiele von ungewöhnlichem Sitze der Adenomyome gaben die Veranlassung zu vorliegender Veröffentlichung.

In Fall I handelt es sich um ein Adenomyom des hinteren Scheidengewölbes. In Fall II war die retrovertierte myomatöse Gebärmutter mit dem Mastdarme verwachsen. Die histologische Untersuchung zeigte als Ursache des festen Zusammenhanges ein infiltrierendes Vordringen der typischen Adenomschläuche in die Wand des Darmes hinein. Histologisch war das Epithelbild durchaus eindeutig in gutartigem Sinne.

Während K. die erstere Geschwulst mit Bestimmtheit auf eine Wucherung der Scheidendrüsen, also auf Derivate des Müller'schen Ganges zurückführt, läßt er bei der zweiten auch noch die Möglichkeit einer Entstehung vom Wolff'schen Gang aus offen. Jedenfalls vertritt er mit Schickele die Gutartigkeit der Geschwulst, deren Epithelderivate zwar heterotopisch vordringen können, stets aber reine Adenombilder zeigen und nie rezidivieren sollen. Er erinnert an das infiltrierende Vordringen der Adenomyomgeschwülste von Pick und Füth, welch letzterer mehr zur Annahme einer möglichen Bösartigkeit neigt und referiert endlich den Befund Pfannenstiel's, welcher bei einem Scheidenadenomyom — analog dem Fall I des Verf.s — einen Adenomyomknoten von Walnußgröße in der Leistengegend fand. **Kroemer** (Gießen).

69) Russell. Epileptiform attacks complicating double ovarian tumour: removal of growths, followed by cessation of attacks.

(Glasgow med. journ. 1905. Februar.)

Eine zur Zeit der Operation 31jährige Pat. war mit 24 Jahren an richtigen epileptischen (nicht »epileptiformen«) Anfällen erkrankt. Im Herbst 1902 wurde eine Geschwulst im Bauche bemerkt. Im Juli 1903 wurde eine sehr große Geschwulst des linken und eine kleinere des rechten Eierstocks durch Oophorektomie entfernt. Seitdem sind Anfälle nicht wieder aufgetreten.

R. glaubt, wohl mit Recht, einen Zusammenhang zwischen der Geschwulstbildung und den Anfällen annehmen zu dürfen; er hat einen Parallelfall in der Litteratur nicht finden können. **W. v. Brunn** (Rostock).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 18. **Sonnabend, den 6. Mai.** **1905.**

(Mitteilung aus der chirurgischen Abteilung des St. Stephanspitales in Budapest. Primarius: Prof. E. v. Herczel.)

Ein neues Verfahren zur Radikaloperation grofser Schenkelbrüche.

Von

Dr. **Eugen A. Pólya,** Assistenzarzt.

Daß die von den Lehrbüchern einmütig betonte Seltenheit der Rezidive nach Operationen von Kruralhernien nicht durch die Vollkommenheit der gebräuchlichen Verfahren, sondern nur durch die

günstigen anatomischen Verhältnisse (Kleinheit der Brüche, langer, schmaler, zum Teil von Knochen begrenzter Bruchkanal) bedingt wird, beweist Pott's Sammelstatistik (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXX), welche nachwies, daß der Unterschied zwischen den mit und ohne Verschluß der Bruchpforte operierten Kruralhernien betreffs der Radikalheilung nur 8—9% beträgt. Hierfür spricht auch die Erfahrung, daß große Schenkelbrüche regelmäßig rezidivieren, und daß bei diesen der Verschluß der Bruchpforte nach den gewöhnlich geübten Methoden (Berger, Bassini) nur unter sehr beträchtlicher Spannung gelingt. Zur Verminderung dieser Spannung wurde empfohlen, das

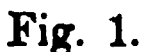
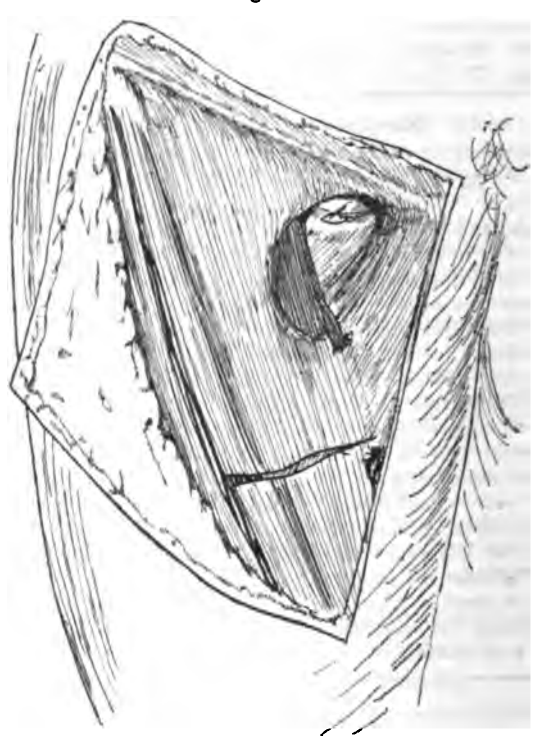


Fig. 1.



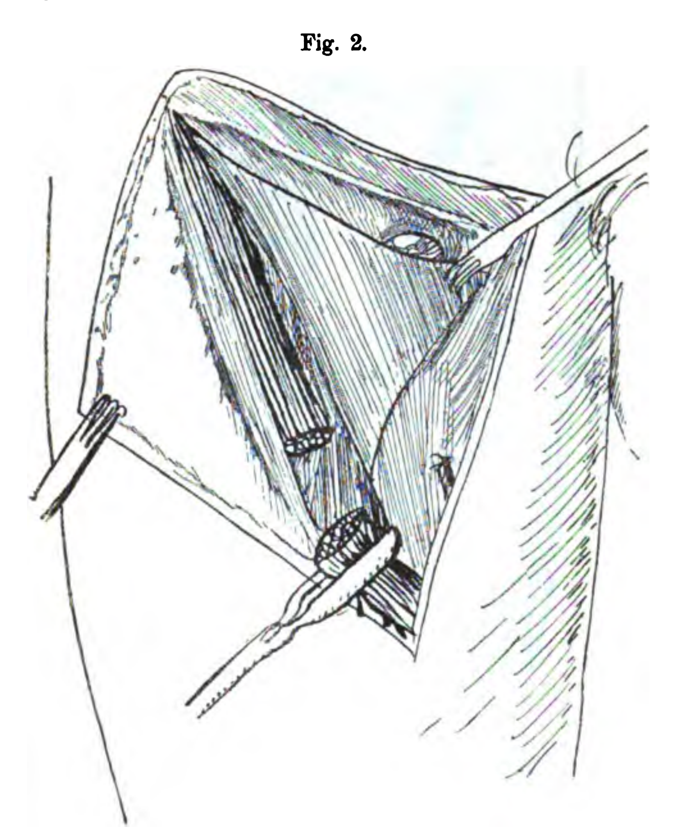
Poupart'sche Band in der Mitte durchzuschneiden (Delagenière), es vom Tuberculum pubicum abzulösen (Fabricius), oder diesen Knochenfortsatz mitsamt dem Bande vom Schambein abzumeißeln (Jaboulay). Ein großer Nachteil dieser Verfahren besteht darin, daß sie den Leistenkanal beträchtlich erweitern und zu sekundären Leistenbrüchen führen können. Deshalb wurde auch von mehreren Autoren (Lotheissen, Gillin, Leuzzi) die quere und schiefe Bauchmuskulatur zum Schambein und der Fascia pectinea herabgezogen.

Zur Verhütung des Ausreißens der Nähte empfahl Roux die Annagelung des Poupart'schen Bandes an das Schambein. Herzen

bohrt einige Löcher durch dieses und zieht mittels durch diese durchgeführter Fäden das Poupart'sche Band zum Knochen herunter; endlich führt Cavazzani seine Nähte unter dem horizontalen Schambeinaste hindurch.

Eine andere Reihe der Methoden füllt den Canalis cruralis mit einer pelottenartigen Masse aus. Lauenstein benutzt hierzu den zusammengerollten Bruchsack, andere implantierten Catgut, dekalzinierten Knochen, Glaswolle usw. Kraske nahm einen einfachen, v. Mikulicz einen doppelten Periostlappen vom Schambein, Salzer einen Lappen von der Fascia pectinea, Trendelenburg einen Periost-Knochenlappen zum Verschluß des Schenkelkanales. Doch scheint

Fig. 2.



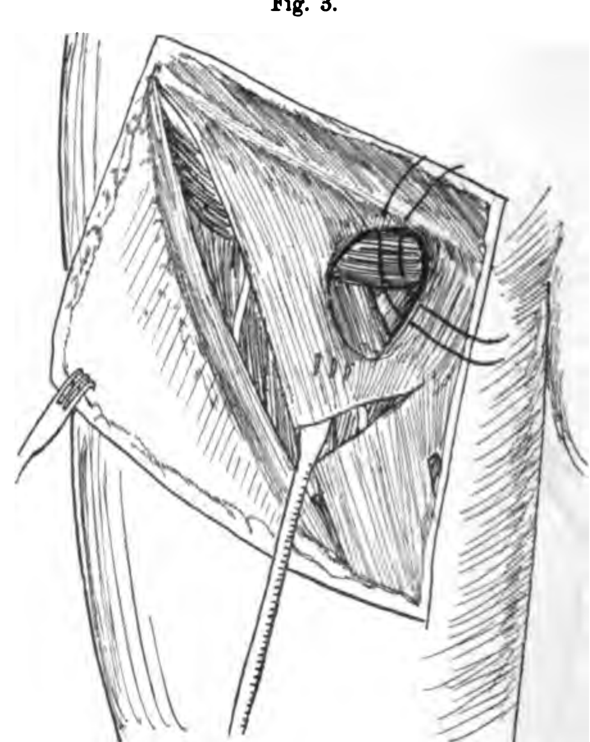
dieses plastische Material entweder zu schwach und nachgiebig zur Verschließung eines großen Defektes (Periost, Fascie), andererseits prädisponieren Knochenlappen und implantierte Fremdkörper zu demarkierender Entzündung und Eiterungen, welche das Operationsresultat bedeutend gefährden.

Dieser Vorwurf haftet dem myoplastischen Verfahren, welches bisher Schwarz, Prokupin, Watson Cheyne, de Garay empfahlen, nicht an. Schwarz und Prokupin nahmen einen Lappen aus

dem Musculus pectineus, Watson Cheyne aus dem Adductor longus, während de Garay (Semaine médicale 1896) aus dem halben Sartorius einen Lappen bildete und diesen durch die Fossa ovalis in den Schenkelkanal verlagerte.

Mein Verfahren ist ebenfalls ein myoplastisches; als Pelotte dient zur Ausfüllung des Schenkelkanales der Musculus sartorius in seiner ganzen Dicke. Da die Funktion dieses Muskels ziemlich unbedeutend ist, der halbe Sartorius aber, wie

Fig. 3.



ihn de Garay verwendet, zur vollkommenen Ausfüllung des Schenkelkanales gänzlich ungeeignet ist, führe ich den in der Mitte ganz durchtrennten Sartorius unterhalb der Fascia lata in den Schenkelkanal, wodurch dieser auch gegen die Vene fest verschlossen wird, was bei anderen Verfahren, da die Vene durch die Nähte geschont werden muß, nicht in gleichem Grad erreicht werden kann. Endlich verstärke ich die Naht durch das Zurückschlagen eines aus der Fascia lata gebildete Lappens.

Mein Verfahren ist folgendes:

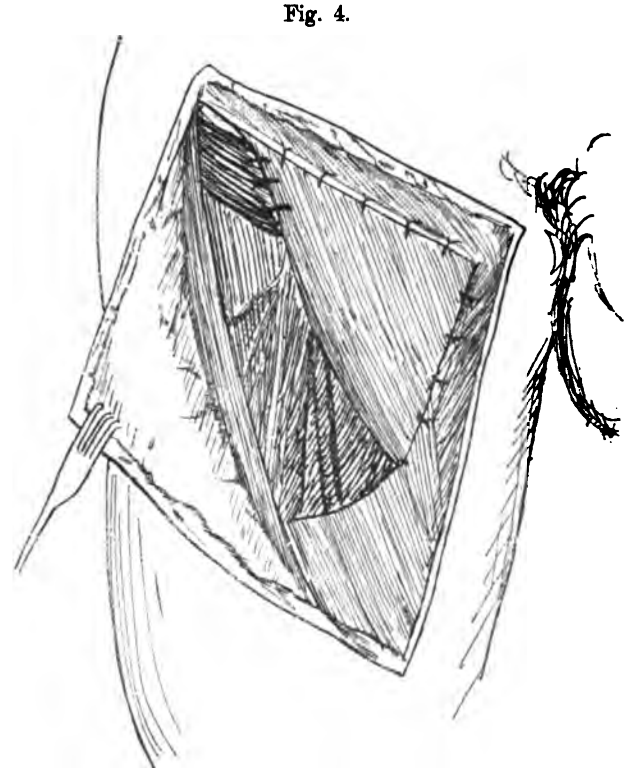
1) T- oder Γ-förmiger Hautschnitt; Zurückpräparierung der Hautlappen.

2) Abbindung und Durchschneidung der Vena saphena; womöglich hohe Abbindung und Versenkung des Bruchsackes.

3) Schlitzung der Sartoriusscheide von der Spina ant. sup. bis zur Mitte des Oberschenkels (Fig. 1) Durchschneidung des Muskels (Fig. 2).

4) Mit einer stumpfen Kornzange wird die Sartoriusscheide von der Fossa ovalis aus durchgestoßen und nach genügender Erweiterung der Öffnung der proximale Muskelstumpf über die großen Gefäße in den Canalis cruralis gezogen und womöglich tief in den Kanal eingelagert, daselbst mittels Catgutnähte an die Fascia pectinea, Ligg. Cowperi, Gimbernati, Pouparti fixiert.

Fig. 4.



5) Mit 2—3 dicken Catgutfäden durchstechen wir das Lig. Pouparti, den implantierten Sartorius und die Fascia pectinea; durch Knüpfung dieser Fäden wird der Muskel in die Tiefe des Schenkelkanales versenkt (Fig. 3).

6) In einen nach oben offenen, etwas stumpfen Winkel wird an den ersten Einschnitt (der die Sartoriusscheide öffnet) ein zweiter in die Fascia lata geführt (cf. Fig. 1), der so gebildete Lappen wird zurückgeschlagen (cf. Fig. 2) und an das Poupart'sche Band, an die Fascia

pectinea und mit einigen Nähten auch an den unter ihm eintretenden Sartorius fixiert (Fig. 4).

7) Hautnaht.

Diese Operation konnte ich bisher am Lebenden insgesamt nur zweimal ausführen.

Eine 34jährige Kranke, die einen über faustgroßen freien Bruch hatte mit einem für zwei Finger durchgängigen Schenkelring, heilte vollkommen glatt. Die andere Operation führte ich an einer 53jährigen, ziemlich herabgekommenen arthritischen Pat. aus, die einen kindskopfgroßen, zum Teil irreponiblen, einen faustgroßen adhärenten Netzklumpen enthaltenden, rezidivierenden und sehr schmerzhaften Bruch hatte. Diese Kranke befand sich 17 Tage lang nach der Operation vollkommen wohl, war ganz fieberfrei, ihre Wunde heilte per primam. Am 17. Tage bildete sich unter leichter Erhöhung der Temperatur (bis 38° C) ein kleiner Abszeß im unteren Wundwinkel, der sogleich eröffnet wurde. 8 Tage nachher, (25 Tage nach der Bruchoperation) entstand an der Inzisionsöffnung ein Erysipel, welches sich rasch am Rücken, am linken Oberschenkel und über der linken oberen Extremität verbreitete und die Pat. in 4 Tagen (29 Tage nach der Bruchoperation) wegraffte.

Die in der Prosektur des Hofrat v. Genersich durch den Assistenten Dr. Entz vorgenommene Sektion wies nach, daß im Operationsgebiet alle Schichten fest vereinigt waren; die in den Bruchkanal eingelagerten Muskel- und Fascienschichten sind mit den Wänden derselben fest verklebt; zwischen ihnen ist keine Spur von Eiterung. Das Peritoneum läßt sich gegen den Kruralkanal gar nicht hervorstülpen — mit einem Wort, der Kruralkanal wurde durch die Operation in idealer Weise verschlossen.

So kamen wir durch diese fatale Komplikation in den Besitz eines anatomischen Präparates, welches die Zweckmäßigkeit dieser Operationsmethode zum Verschluß weiter Schenkelkanäle beweist und außer Frage stellt. Es ist nicht vorauszusetzen, daß jene starken Verwachsungen, die wir in diesem Falle zwischen Muskel, Fascie und den Wänden des Schenkelkanales sahen, überhaupt nachgeben, ebensowenig eine spätere Atrophie des Muskels, da der ihm zugehörige Nerv (aus dem Cruralis) und Arterie (aus der Circumflexa femoris ext.) in dem oberen Viertel des Sartorius eintritt und somit den zur Plastik verwendeten Muskellappen reichlich versorgt. Jedenfalls ist aber dieses Verfahren nur bei großen Brüchen und weiten Schenkelringen verwendbar; kleine Kruralbrüche werden durch viel einfachere Operationsmethoden ebenfalls geheilt, da ihre Neigung zu Rezidiven, wie allgemein bekannt, sehr gering ist.

---

1) H. Wolff. Zur Chemie der Krebsgeschwülste.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 13.)

Das Verhältnis der Albumine und Globuline im Preßsaft normaler Organe unterliegt keinen großen Schwankungen; dagegen überwiegen die Albumine im Preßsaft von Geschwülsten wie in den karzinomatösen Ascitesflüssigkeiten. Von letzteren untersuchte W. 26; bei 3 davon fand er einen eigentümlichen Eiweißkörper, den er geneigt ist, mit dem Krebs in einen gewissen Zusammenhang zu bringen.

G. Schmidt (Berlin).

2) **F. Blumenthal.** Über die Ursachen der Malignität der Krebsgeschwülste.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 15.)

Die neueren Untersuchungen ergeben, daß das Krebsgewebe gegen normales Gewebe chemisch verändert ist, und daß es ein Ferment enthält, das dem übrigen Körper mangelt. Es kann sich also beim Krebs nicht um einfache Wucherung von Epithelzellen handeln, sondern die Epithelzelle muß sich chemisch umwandeln, wenn sie zur Krebszelle werden will. Die durch die Fermente gebildeten Zerfallstoffe bewirken, wenn sie aus einem zerfallenden Krebs in den Blut- und Säftekreislauf geraten, Krebskachexie. **G. Schmidt** (Berlin).

---

3) **Heile.** Über intravitale Beeinflussung autolytischer Vorgänge im Körper.

(Zeitschrift für klin. Medizin Bd. LV.)

Endozelluläre Fermente können im lebenden Organismus insofern von großer Bedeutung sein, als sie in gewissen Fällen die Heilung krankhafter Prozesse unterstützen (so der Pneumonie nach Friedrich Müller). In ähnlichem Sinn ist nach Verf. die Wirkung der von v. Mikulicz im Jahre 1880 zuerst empfohlenen Jodoforminjektionen in tuberkulöse Abszesse zu deuten. H. führt die schlechte Resorbierbarkeit kalter Abszesse nicht wie Friedrich Müller darauf zurück, daß die Eiweißkörper des tuberkulösen Eiters unlöslich seien, sondern glaubt vielmehr, daß es sich dabei weniger um eine Resistenz der Eiweißstoffe, als um einen Mangel an Enzymen handelt. Verf. hat durch Versuche nachgewiesen, daß der mit Jodoform vorbehandelte tuberkulöse Eiter eine Steigerung seiner eiweißverdauenden Kraft erfahren hat, und zwar durch die ihm von Leukocyten zugeführten Fermente. Den Ursprung letzterer von Leukocyten kann man sowohl mikroskopisch als chemisch nachweisen. Die Untersuchungen des Verf. sprechen für die »chemotaktische Wirkung des Jodoforms«. Auf Grund der Untersuchungen von Heineke, Perthes, Petry und eigener Versuche neigt H. zu der Ansicht hin, daß »man auch durch Röntgenbestrahlung eine Steigerung der autolytischen Vorgänge im lebenden Tiere erzielen kann, und zwar in der Weise, daß nicht nur die Zellen der betreffenden Gewebe selbst zugrunde gehen, sondern daß auch durch Einwanderung später zerfallender Leukocyten eine Anreicherung an Enzymen erfolgt«. **Gaugele** (Zwickau i. S.).

---

4) **Loison.** Les rayons de Roentgen, appareils de production, modes d'utilisation, applications chirurgicales.

Paris, **Oct. Doin,** 1905.

Das vorliegende Buch trägt im Vergleiche zu anderen ein verhältnismäßig stark persönliches Gepräge. Sein Gesamtaufbau hält sich allerdings an die gewöhnliche Weise: 1) Allgemeine Elektrizitäts-

lehre; 2) Lehre von den zum Röntgenverfahren nötigen Apparaten, Vorrichtungen und Nebenapparaten und 3) Verwendung des Röntgenverfahrens speziell für chirurgische Zwecke. Besonders in dem dritten Teile, der ja auch dem Röntgologen am meisten Spielraum läßt, kommt die Eigenart am meisten zutage schon in der äußeren Form dadurch, daß nie Klischees nach Röntgenplatten, welche nach Ansicht des Verf. stets zu undeutlich ausfallen, sondern stets Umrißzeichnungen nach Pausen beigebracht werden. Andererseits berichtet Verf. nur über eigene Beobachtungen, und zwar häufig in Form ausführlicher Krankengeschichten. Dabei wird theoretischen Erwägungen keinerlei Raum gegönnt, sondern nur über Tatsachen und Beobachtungen berichtet. Das Material, an welchem die Beobachtungen angestellt sind, ist bei aller Reichhaltigkeit doch etwas einseitig, da es sich in der Hauptsache um Soldaten handelt — L. ist Oberstabsarzt und Leiter der Röntgenabteilung des Lazarettes in Val-de-Grâce —; aber in der Genauigkeit der Bearbeitung und Mitteilung selbst geringerer Verletzungen, die sonst selten mitgeteilt werden, liegt ein Vorzug der Arbeit.

Die erste Abteilung des Buches, die allgemeine Elektrizitätslehre, ist verhältnismäßig umfangreich, umfaßt 121 Seiten (662 Gesamtseitenzahl). Wie bei einem Werke französischer Herkunft natürlich, ist neben anderen Stromerzeugern auch die Influenzmaschine genauer abgehandelt. Die Elementaranschauungen von Spannung und Stromstärke werden durch hydrodynamische Beispiele gut erläutert und dem Verständnis näher gebracht. Das Kapitel über Akkumulatoren enthält die genaue Beschreibung der Vorgänge beim Laden und Entladen und ist dadurch wertvoll. Sonst sind die üblichen Beschreibungen ähnlich wie in anderen Lehrbüchern vorhanden. Die Stellung der Röntgenstrahlen zu den verschiedenen Lichtarten wird auf Grund der bis heute bekannten Untersuchungen erläutert. Die verschiedenen Arten der Röntgenröhren sind verhältnismäßig kurz besprochen.

Der technische Teil für die Anwendung der Strahlen enthält die allgemein üblichen Lehren über Zusammenstellung der Apparate, Nebenapparate, Photographie, Lagerung usw. Der Stereoskopie und dem Meßverfahren sind besondere Kapitel gewidmet, ebenso der Aufsuchung von Fremdkörpern, während die Radiotherapie nur ein sehr kurzes Kapitel erhält.

Es folgt nun der chirurgische Teil des Buches, welcher bei weitem den größten Umfang einnimmt, wie er überhaupt die Entstehungsursache des ganzen Werkes ist, dem die beiden ersten Kapitel nur als Anhängsel beigegeben sind. Nicht allein die Skiagraphie der Fälle ist behandelt, sondern auch Entstehungsursache und Behandlung. Im ganzen findet sich unter den sehr zahlreichen Abbildungen keine, die ein besonderes großes Interesse haben könnte. Über die Aufnahmetechnik ist bei den einzelnen Fällen nichts gesagt. Als Sammlung von Bildern häufiger vorkommender Verletzungen — um solche handelt es sich fast ausschließlich —, ist dieser Teil des Buches recht brauchbar, namentlich auch für den Militärarzt, aus dessen eigenstem Gebiete ja

die Aufnahmen stammen. Auf die Einzelheiten der Aufnahmen und Krankengeschichten einzugehen ist hier nicht der Ort. Erwähnt sei nur, daß z. B. die Verletzungen von Fingern und Zehen, die man sonst meist wenig berücksichtigt findet, ziemlich ausführlich behandelt sind. Ebenso sind bei jeder Extremität Amputationsstümpfe und die Resultate von Resektionen mit aufgeführt. Störend wirkt bei einzelnen Bildern das Herausreißen des verletzten Teiles aus dem Zusammenhange, so z. B. bei den Brüchen der Mittelfuß- und Schädelknochen und bei den Schußverletzungen des Schädels. Überhaupt kann man sich nach den einfachen Umrißzeichnungen, die nur in starker Verkleinerung aufgenommen werden konnten, keine gute Vorstellung von den Bildern machen; bei den maßgebenden Negativen spielen doch Helligkeitsunterschiede u. dgl. eine große Rolle, welche durch die Umrißzeichnung nicht wiederzugeben sind.

Das Buch ist ein im technischen Teile verhältnismäßig gutes, in dem chirurgischen Teil, einerseits des beschränkten Materiales wegen, andererseits wegen der Technik der Darstellung, die nicht den vollen Eindruck des Röntgenbildes wiedergibt, weniger vollkommen. Wer sich schon mit dem Röntgenverfahren beschäftigt hat, wird aus dem Buche mancherlei Nützliches und Interessantes entnehmen.

Trapp (Bückeburg).

---

5) C. Blauel. Experimentelle Untersuchungen über Radiumwirkungen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 141.)

Die aus der v. Bruns'schen Klinik hervorgegangene Arbeit zerfällt in zwei Teile, deren erster sich mit der Radiumwirkung auf normales tierisches Gewebe beschäftigt, während der zweite über Versuche an Karzinom- und Sarkomgewebe beim Menschen berichtet. Von tierischem Gewebe diente als sehr geeignetes Versuchsobjekt die Niere des Kaninchens. An dieser bewirkte die Bestrahlung mit Radium zunächst vollständigen Untergang der Nierenepithelien im Bestrahlungsbereiche, weiterhin auch Schädigungen des Stützgewebes und der Kapillaren. Primäre Gefäßschädigungen wurden niemals beobachtet. Die an der Kaninchenniere nachweisbaren sekundären Gefäßschädigungen wurden an menschlichen Karzinomen und Sarkomen vermißt. Hier beschränkte sich die Radiumwirkung auf den Untergang der spezifischen Geschwulstzellen. Die Tiefenwirkung des Radiums war in jedem Falle eine sehr geringe und betrug im günstigsten Falle 1 cm. Dabei sei bemerkt, daß stets für eine innige Berührung der Radiumkapsel mit dem Parenchym der Niere und der Geschwülste gesorgt wurde. Bei der Niere genügte einfaches Auflegen der Radiumkapsel, bei den menschlichen Geschwülsten wurde eine lanzettförmige Kapsel aus Glas in einen Einstich eingeführt.

Radiumstrahlen schädigen alle Gewebe, um so mehr, je weniger widerstandsfähig ihre Zellen sind. Hoch differenzierte Zellen, besonders

Epithelien, sind unter den normalen Strukturen besonders empfindlich; im Geschwulstgewebe erliegen die hinfälligen Geschwulstzellen zuerst.

M. v. Brunn (Tübingen).

---

6) **G. Tacchetti.** Cura chirurgica delle lussazioni inveterate.

Venedig, 1904. 175 S. u. 72 Fig.

Das Buch beschäftigt sich, wie der Titel sagt, vor allem mit der Beschreibung und der Behandlung der veralteten Verrenkungen. Als veraltet bezeichnet T. erst solche, welche schon seit Monaten oder Jahren bestehen, und bei denen die Gelenkenden und Weichteile bereits schwerere Veränderungen eingegangen sind. — Einem jeden Kapitel sind kurze anatomische und physiologische Hinweise vorangestellt; dann folgt die Beschreibung der einzelnen Formen der Verrenkungen. Stets sollen Versuche unblutiger Reposition der operativen Therapie vorangehen. Die letztere wird eingehend besprochen; sie soll wiederum so schonend wie möglich, und eine Resektion der Gelenkenden soll so ökonomisch wie möglich sein. — Die Darstellung ist klar und im allgemeinen erschöpfend zu nennen; die Figuren sind ziemlich gut, jedenfalls übersichtlich. Das Buch, welches einen nicht unwichtigen, bislang monographisch wohl selten behandelten Teil der Chirurgie bespricht, darf sonach empfohlen werden.

A. Most (Breslau).

---

7) **Lesser.** Zur Finsenbehandlung des Lupus.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 4.)

Verf. läßt in dem Artikel kurz die bisherigen Lupusbehandlungen Revue passieren und kommt zu dem Schlusse, daß durch keine andere Methode selbst bei schweren Fällen von Lupus die Konfiguration des Gesichts so gut wieder hergestellt wird, wie bei Finsenbehandlung, weil die Strahlen nicht ohne Unterschied zerstörend wirken, sondern nur die Zellen zerstören, welche wir zerstört haben wollen. Die Lichtbehandlung wird aber nicht als Allheilmittel betrachtet, auch die Finsenbehandlung hat ihre Grenzen; ein Teil der sehr ausgebreiteten Fälle ist auch für die Lichtbehandlung als unheilbar zu betrachten. Für gewisse Fälle werden die besten Resultate durch die Kombination der Lichtbehandlung mit anderen Methoden, mit der Anwendung der Ätzmittel oder der Heißluftbehandlung erzielt werden; auch die Behandlung mit Röntgenstrahlen wird als Unterstützungsmittel in einzelnen Fällen verwertet werden können. **Langemak** (Erfurt).

---

8) **Rawling.** On congenital and traumatic cysts of the brain and meninges.

(St. Bartholomew's hospital reports 1905. Vol. XL.)

R. schildert unter Anführung einer Reihe von eigenen Beobachtungen das Krankheitsbild der angeborenen und traumatischen Cysten des Hirns und seiner Häute.

Bei einem 3monatigen Kinde mit orangengroßer, gestielter, occipitaler Cephalokele zwischen Protuberantia occipitalis externa und Nackenbasis wurde die Entfernung versucht; nach Einschnitt in die äußeren Schichten entleerte sich Zerebrospinalflüssigkeit; eine zweite Geschwulst saß in der Basis der ersten; auch aus ihr wurde Flüssigkeit entleert, beide Säcke entfernt, die Wunde vernäht. Tod nach 2 Tagen. Der Obduktionsbefund illustrierte, 1) daß bei großen Cephalokelen fast stets Hirnsubstanz vorhanden ist, 2) daß die Hinterhauptscephalokelen mit Sitz unterhalb der Protuberantia occipitalis externa fast immer durch einen medianen Spalt im Knochen nach außen treten, welcher sich bis in das Foramen magnum erstreckt. Die traumatischen Meningealcysten enthalten nach R.'s Erfahrungen meist klare Flüssigkeit und sitzen gewöhnlich zwischen Dura mater und Knochen, oder zwischen Dura und Arachnoidea. Ausgedehnte intrakranielle Cysten können vorhanden sein ohne irgendwelche Hirnerscheinungen; R. sah bei der Sektion eines Falles zwei große Arachnoidealcysten mit ausgeprägter Eindrückung des rechten und linken Schläfenlappens, welche während des Lebens keinerlei Störungen verursacht hatten. R. führt 35 Literaturfälle von traumatischer Meningokele oder Meningoencephalokele in Tabellen an und sah selbst folgende zwei Fälle:

1) 11monatiges Kind, Schädelfraktur. Nach Erweichung des Hämatoms wurde ein $^3/_4$ cm breiter Spalt im hinteren Teile des Schläfenbeines festgestellt, durch welchen eine pulsierende, fluktuierende, bei Schreien des Kindes zunehmende Schwellung hervortrat; 1monatige Behandlung mit andauerndem Druck blieb erfolglos, die Ränder des Spaltes verdickten sich, irgendwelche Hirnstörungen fehlten.

2) Kind mit Schädelfraktur im Bereiche des Stirn- und Schläfenbeines; während der Aufsaugung des Blutergusses erschien eine pulsierende Schwellung an dem Spalte der Bruchstelle, welche auf Druck in einigen Wochen schwand; gleichzeitig schloß sich der Knochenspalt vollständig.

Aus der bisherigen Literatur über traumatische Hirn- und Hirnhautcysten geht hervor, daß es sich fast stets um Kinder in den drei ersten Lebensjahren handelt; eine Vermehrung des Hirndruckes fehlt gewöhnlich. Am häufigsten ist der Sitz in der Schläfenbeingegend (rechts). In $^2/_3$ der Fälle erschien die Vorwölbung in den ersten beiden Wochen nach dem unkomplizierten Schädelbruch; es handelte sich stets um junge Kinder. 23 von 47 Fällen kamen durch; bei den anderen war die Todesursache häufig Meningitis und Abszeß, nicht selten im Anschluß an eine Aspiration. Die örtlichen Verhältnisse kontraindizieren meist die offene Operation, zumal eine Osteoplastik. Daher kommt gewöhnlich nur die streng aseptisch auszuführende Punktion und der Druck elastischer Bandagen in Betracht; doch ist der Erfolg recht unsicher; es kann sogar im Laufe von Monaten und Jahren der Spalt und die Geschwulst zunehmen. Die Behandlung: eine oder mehrfache Punktion und Kompression, muß daher sehr lange fortgesetzt werden.

Mohr (Bielefeld).

---

9) **M. H. Cryer.** Uses of the Roentgen rays in the studies of normal and pathological anatomy of the internal structures of the face.

(Amer. journ. of the med. sciences 1905. Februar.)

Verf. hat an einer Reihe von Röntgenbildern die Lage des Capitulum mandibulae zur Fossa mandibularis und zum Tuberculum articulare bei verschiedener Mundstellung studiert.

Bei geschlossenem Munde steht das Capitulum mandibulae im vorderen Teile der Fossa mandibularis. Wird der Mund etwas geöffnet, so senkt sich das Unterkieferköpfchen und rückt gegen das Tuberculum articulare. Bei weit geöffnetem Munde bleibt es direkt unter dem Gelenkhöcker stehen. Zuweilen rückt es auch etwas vor denselben. In allen untersuchten Fällen rückte schon bei geringer Öffnung des Mundes der Angulus mandibulae abwärts und rückwärts. Bei dieser Bewegung wird der Unterkieferwinkel von dem Lig. temporomandibulare, sphenomandibulare und stylomandibulare, sowie vom M. pterygoideus externus und dem äußeren Teile des M. masseter fixiert.

Bei weiter Öffnung des Mundes, die durch den M. pterygoideus externus bewirkt wird, dreht sich der Unterkiefer um eine horizontale, durch die Kieferwinkel gehende Achse.

Verf. weist auf die Formveränderungen hin, die sich am noch wachsenden Unterkiefer ausbilden, wenn eine Kiefergelenksankylose eintritt. Er schildert diese Veränderungen an einem jungen Manne, bei dem diese Ankylose seit 15 Jahren besteht. Der Proc. mentalis ist nach unten und hinten gezogen. Infolge des Verlustes des Proc. condyloideus, der operativ entfernt worden ist, wird unter dem Einfluß des M. pterygoideus externus auch der ganze Unterkiefer mit dem Zungenbeine, der Zunge und den übrigen Weichteilen nach hinten gezogen. Einen Widerstand bieten diesem Zuge der M. pterygoideus internus und die äußere Schicht des M. masseter.

Schließlich erwähnt Verf. noch zwei Beobachtungen, bei denen das die Stirnhöhlen scheidende Septum nur teilweise vorhanden war.

Läwen (Leipzig).

---

10) **Müller.** Die Frühdiagnose bei orthopädischen Erkrankungen und ihre Bedeutung für die Prognose.

(Therapie der Gegenwart 1905. Nr. 2.)

Verf. bespricht die Initialsymptome der Skoliose, der tuberkulösen Spondylitis, der spinalen Kinderlähmung, der angeborenen Hüftverrenkung, der Koxitis, der Coxa vara, des Genu valgum und varum und des Pes varus und valgus und kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu dem Satze, daß ein frühzeitiges Erkennen und Behandeln der genannten Krankheiten die Prognose derselben wesentlich verbessert. Die gegebene Darstellung des Symptomkomplexes und der Therapie enthält in kurzen, klaren Worten ein Übersichtsbild und eine Richt-

schnur für die Maßregeln, die bei den wichtigsten und am häufigsten vorkommenden orthopädischen Erkrankungen zu ergreifen sind. Die Lektüre des Aufsatzes ist dringend zu empfehlen.

Silberberg (Breslau).

---

11) Anzoletti. Piccoli oppunti sulle condizioni statiche dell' arto inferiore.

(Arch. di ortopedia 1904. Nr. 6.)

Bemerkungen über die Bedingungen, durch welche beim Stehen auf einem Beine resp. der Belastung eines Beines beim Gehen der Körper im Gleichgewichte gehalten wird, insbesondere die Beteiligung der Fascia lata daran.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

12) H. Oppenheim. Über Mißbrauch der Sehnentransplantation.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 7.)

O. hatte Gelegenheit, 3 Fälle zu untersuchen, in denen eine fortschreitende und selbst deletäre Erkrankung des zentralen Nervensystems, offenbar infolge ihrer Verkennung, Anlaß zu einem chirurgischen Eingriff gegeben hatte (progressive Muskelatrophie, Poliomyelitis anterior chronica, Kompression des Lumbalmarkes). Er warnt eindringlich vor einem Mißbrauch der Sehnentransplantationen und fordert mit Recht, daß der Chirurg und der Orthopäde, der eine solche Operation vornehmen will, sich zuvor davon überzeugen muß, daß er ein abgelaufenes, nicht fortschreitendes Leiden vor sich hat.

Langemak (Erfurt).

---

13) De Beurmann et Tanon. Note sur le traitement des ulcères variqueux par le peroxyde de zinc.

(Revue française de méd. et de chir. 1905. Nr. 6.)

Verff. empfehlen bei infizierten, eiternden und atonischen Unterschenkelgeschwüren nach vorhergehender Reinigung mit Wasserstoffsuperoxyd die Anwendung einer 20%igen Salbe mit Zinksuperoxyd; bei diesem wird ebenso wie beim Wasserstoffsuperoxyd Sauerstoff bei Berührung mit organischem Gewebe frei, die Infektion schwindet sehr rasch, Granulationsbildung und Vernarbung gehen schneller vor sich als bei anderen tonisierenden Mitteln.

Mohr (Bielefeld).

---

14) Pels-Leusden. Über Verrenkungen und Verrenkungsbrüche im Talocruralgelenk.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904. Nr. 5 u. 6.)

An der Hand einschlägiger, durch Röntgenbilder illustrierter Fälle entwirft Verf. das anatomische Bild dieser in der schweren Form immerhin recht seltenen Verletzung, für welche er den Namen Verrenkungsbruch eingeführt wissen will, weil es sich nicht um reine Verrenkungen handelt, sondern ein Knochenbruch der Verrenkung erst

den Weg bahnen muß. Es sollen diese Verletzungen den Frakturen zugerechnet werden.

Bei den nach hinten erfolgenden Verrenkungen im Talocruralgelenke kommt die Verschiebung durch eine forcierte Plantarflexion zustande. Es stemmt sich dabei der Talus gegen die hintere Tibiakante, die Kapsel- und Gelenkbänder an der vorderen Seite haben sich stark angespannt und können reißen. Vorher scheint es fast immer zu einem Abbruche der hinteren Gelenkumrandung zu kommen. Dann wird der Fuß durch die einwirkende Gewalt und den Zug der Achillessehne nach hinten verschoben. Das Tibiastück wird gewissermaßen abgestemmt. Weniger wichtig für das Zustandekommen der Verschiebung scheint der Bruch des äußeren Knöchels zu sein.

Vor einer Fehldiagnose, die nach P.-L. nicht selten sein soll, schützt man sich am besten durch Untersuchung des Fußes von allen Seiten; dann übersieht man nicht das starke Vorspringen der Ferse nach hinten, den weiten Bogen, den die Achillessehne beschreibt, eine sehr charakteristische Furche vorn, da wo die gespannten Weichteile sich um das vorstehende Tibiagelenkende herumlegen, die Verkürzung des Vorfußes; bei den Verschiebungen nach vorn das Fehlen der Ferse und die Verlängerung des Vorfußes. Eine Röntgenuntersuchung ist namentlich, wenn starke Schwellung die Diagnose erschwert, sehr wünschenswert.

Es gibt hartnäckige Fälle, bei denen sich nach dem Nachlassen von Zug und Druck sofort die Verrenkungsstellung wieder einfindet und solche, bei denen das Redressement auf unblutigem Wege überhaupt unmöglich ist. Die Neigung zur Reluxation ist selbst im sehr exakt angelegten Gipsverband eine große, da beim Zurückgehen der stets sehr starken Weichteilschwellung der Verband bald zu weit wird. Extensionsverbände nach Bardenheuer liefern ideale Resultate, sind aber nur in großen Krankenhäusern durchführbar. Immer ist die Kontrolle des Standes der gebrochenen Knochen mit dem Röntgenapparat anzuraten. Das Redressement der Verrenkungsbrüche nach hinten hat durch starke Plantarflexion, Zug am Fuß in der Richtung nach den Zehen und Druck auf die Tibia vorn, schließlich durch eine Dorsalflexion zu geschehen. Gelingt es nicht, so kann nur ein operativer Eingriff den Fuß in eine zum Gehen geeignete Stellung bringen und einen Teil der Fußgelenkfunktionen retten.

Langemak (Erfurt).

---

15) **G. Muskat.** Über den Plattfuß.

(Berliner Klinik 1905. Hft. 200.)

Unter Zugrundelegung der Einteilung: »Plattfußstellung, beginnender Plattfuß, kontrakter Plattfuß, fixierter Plattfuß« erörtert Verf. die einschlägigen Verhältnisse hauptsächlich von praktischen Gesichtspunkten aus. Besonders ausführlich sind die Hilfsmittel zur Diagnose dieses noch oft verkannten, unter der Bezeichnung Rheumatismus, Arthritis, Neurasthenie usw. versteckten Leidens behandelt, nämlich

Beachtung des Ganges, des Aussehens des Fußes, der Stellung der Unterschenkel- zur Fußachse, des Schuhwerkes, der Allgemeinerscheinungen, der Formveränderungen an Unter- und Oberschenkel und der Gelenke, Messung der Fußwölbung und des inneren Fußrandes.

Die Entstehung des Leidens wird nur kurz gestreift; es ist meist auf statische Verhältnisse, Mißverhältnis zwischen Körperlast und Tragkraft des Fußgewölbes, zurückzuführen. Die Heilungsaussicht ist um so günstiger, je frühzeitiger das Leiden erkannt und in Behandlung genommen wird. In diesem Sinne wird auch vorbeugenden Maßnahmen sehr das Wort geredet. An Stelle des heutzutage schon in der Kindheit, beim Turnen, während der Militärzeit erstrebten Auswärtstretens wird eine Geradeausrichtung oder eine leichte Richtung des Fußes nach innen gefordert. Insbesondere sollen die Soldaten zu einer sachgemäßen Fußpflege erzogen werden. In der Frage der Behandlung sind die physikalischen und medicomechanischen, die operativen blutigen und unblutigen Maßnahmen ausführlich dargelegt.

Georg Schmidt (Berlin).

---

16) **Bossi.** Pieda piatto.

(Arch. di ortopedia 1904. Nr. 3 u. 4.)

Sehr ausführliche und erschöpfende Arbeit, die vornehmlich auf genauen anatomischen Messungen basiert. B. unterscheidet

1) den angeborenen Plattfuß. Er entsteht durch mechanischen Druck, entweder direkt von seiten der Uteruswand oder infolge falscher Lagerung der Füße. Eine Abart bildet die Kombination mit echter Verrenkung des Fußes. B. teilt zwei Fälle mit, welche der Volkmann'schen Sprunggelenkdeformität sehr ähnlich sehen, aber von ihr durch eine Verlagerung der unteren Enden der Fibula nach hinten sich unterscheiden. Beide Fälle wurden operiert; im einen wurde eine Resektion des Fußgelenkes, im anderen eine blutige Reposition mit Fixation der Fibula in richtiger Stelle durch Knochennaht ausgeführt.

2) Den erworbenen Plattfuß, welcher a. traumatisch, b. Folge von pathologischen Veränderungen der Knochen oder Weichteile, c. statisch ist. Zuerst wird letztere besprochen. Eine gewisse Disposition besteht vielleicht in einer abnormen Richtung des Schenkelhalses. Genaue Messungen des Winkels, welchen seine Achse mit der Ebene bildet, dem die Hinterfläche der Kondylen entspricht (Torsion des Femur), ergab Schwankungen zwischen 6 und 44°. Alter und Profession sind die hauptsächlichsten Bedingungen, d. h. allzustarke Belastung in Jahren, in welchen der Fuß noch nicht völlig entwickelt ist. Um die Art und Weise, wie sich die Difformität nun bildet, zu bestimmen, hält B., nachdem er ausführlich alle Theorien wiedergegeben, genaue experimentelle Untersuchungen über die Lage der Achsen der Fußgelenke und ihre Bewegungen bei Belastung für notwendig. Nur die wenigsten Autoren hätten dies beachtet; so sei die Lorenz'sche Theorie durchaus induktiv und abgeleitet von den pathologisch-anatomischen Veränderungen. B.

selbst belastete den auf eine horizontale Unterlage gestellten Fuß einer Leiche. Durch jeden Knochen waren 1—3 eiserne Nägel getrieben, welche die Verschiebung der Knochenachsen zu beobachten gestatten. Die Messung geschah durch Visieren durch eine Glasscheibe hindurch mit eingeritztem Quadratnetze. Die genauen Tabellen sind mitgeteilt, Abbildungen der Knochen mit den Nägeln, Zahlen für Abweichungen derselben, 30 Tafeln, auf welchen einmal Abweichungen der Achsen projiziert sind, andererseits die Verchiebungen der Knochenmaße wiedergegeben werden. B. schließt aus seinen Untersuchungen, indem er die Ansicht Ajevoli's von dem Bogen aus Gliedern mit Scharnierverbindung erweitert, daß der Fuß aus fünf derartigen Bögen besteht, die gegen eins ihrer Enden konvergieren; das letztere hat den gemeinsamen Stützpunkt im Calcaneus. Jeder Bogen hat Glieder, die ihm gehören, und solche, die mehreren gemeinsam sind. Zwei Bögen bestehen aus den fünf resp. vier Metatarsen und dem Calcaneus und Cuboid als gemeinsamem Gliede; der Talus dient nur zum Tragen der Last. Drei bestehen aus den I.—III. Metatarsus und I.—III. Cuneiforme, mit Talus und Scaphoid als gemeinsamem Glied; der Talus dient als Lastträger und als Glied des Gewölbes. Der Plattfuß kann in einem solchen Systeme nur durch Abgleiten der vorderen Stützpunkte entstehen, was eine Rotation des Calcaneus um seinen Stützpunkt mit sich bringt. Außerdem tritt eine Verlängerung des Systems ein und ein Herabsinken des vorderen Calcaneusendes. Dessen Folge ist Flexion, Pronation und Reflexion des Fußes.

Es folgt ein Abschnitt über die pathologische Anatomie, einer über die Symptome.

Zu den Formen des Plattfußes aus pathologischen Veränderungen werden gerechnet der traumatische (Fraktur des Talus, Sustentaculum, Calcaneus usw.), der paralytische, spastische bei spastischer Lähmung und Kontraktur der Wade, der tabische, der rachitische, der bei Varicen.

Ausführlich ist wieder der therapeutische Abschnitt. Hier seien hervorgehoben die Mitteilung von vier Fällen einer besonderen Sehnenplastik. Der Tibialis anticus wird von seiner Insertion abgetrennt, die Sehne längs gespalten. Die innere Hälfte wird an der Seitenfläche von Taluskopf und Unterfläche vom Naviculare entlang unter Weichteil-Periostbrücken hergezogen und am I. Metatarsus befestigt. Die andere Sehnenhälfte wird verkürzt und in Dorsalflexion an die Vorderfläche der Tibia genäht. Aus der Sehne wird also ein Band hergestellt, welches den Fuß in richtige Stellung zu ziehen strebt. Die Resultate waren gute (Fuß in Varusstellung, mit guter Wölbung der Sohle).

Die Ogston'sche Operation am Talonavikulargelenke hat B. zweimal ausgeführt, ebenfalls mit gutem Resultate. Die übrigen blutigen Operationen werden nur referiert. Im ganzen sei der Plattfuß die Skoliose des Fußes.

Die blutigen Methoden haben den Nachteil, daß sie, um wirksam

zu sein, sehr umfangreich sein müßten und daher unausführbar sind. Die meisten Methoden sind irrationell. Manchmal jedoch sind Sehnenoperationen, besonders Verkürzungen und Verlängerungen aus besonderen Umständen notwendig. Rationell sind nur die Methoden, die vorderen Stützpunkte an die richtigen Stellen zu bringen, also vornehmlich Redressement und Mechanotherapie.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

Kleinere Mitteilungen.

Über Orchidopexie bei inguinalem Kryptorchismus.

Von

Dr. **de Beule** in Löwen (Belgien).

Das Verfahren Katzenstein's bei der Operation des inguinalen Kryptorchismus hat, wie ich es in der Literatur mehrmals bestätigen konnte, bei den Chirurgen guten Anklang gefunden. Bekanntlich geht Katzenstein so vor, daß er den heruntergezogenen Hoden durch einen an tiefster Stelle des Skrotum angelegten Schlitz hinausschiebt und sein unteres Ende mit dem Rande der Skrotalwunde, an einem vom Oberschenkel abpräparierten Hautlappen festnäht. Durch die Bewegungen des Oberschenkels wird der vorher stark gespannte Samenstrang allmählich gedehnt; wenn diese Dehnung genügend erscheint, wird die Verbindung zwischen Oberschenkel und Hoden am Stiele des Hautlappens durchschnitten, wobei dieser am Skrotum haften bleibt und dasselbe vergrößert. Der Methode ist vorzuwerfen, daß sie, bei ziemlich großer offener Wundfläche in einer Gegend, wo es kaum möglich ist, einen strengen Okklusivverband anzulegen, keinen sicheren aseptischen Verlauf gewährt. Ferner ist das Annähen des vom Oberschenkel abgetrennten Hautlappens ans Skrotum, mit dem Zwecke dieses zu vergrößern, nicht zu empfehlen. Das Skrotum braucht keine plastische Vergrößerung, da es so leicht ausdehnbar ist. Der ästhetische Erfolg einer Plastik beim feinen Skrotumsegment mittels der ziemlich dicken Oberschenkelhaut kann überhaupt kein glänzender sein, wie auch Ruff (s. dieses Zentralblatt 1904 Nr. 40) bestätigt. Diese beiden Nachteile habe ich folgendermaßen beseitigt. Vor ungefähr 9 Monaten operierte ich einen 7jährigen Knaben mit rechtsseitigem inguinalem Kryptorchismus; nachdem ich die zu gleicher Zeit bestehende Hernie auf typische Art beseitigt und durch leichtes, andauerndes Ziehen den Hoden ziemlich weit herunter gebracht hatte, schnitt ich das Skrotum an seiner tiefsten Stelle in einer Länge von 2 cm ein und beförderte durch diesen Schlitz den Hoden nach außen. An der inneren Seite des rechten Oberschenkels, etwa 5 cm unterhalb des Sulcus genito-cruralis, machte ich dann einen 2—3 cm langen senkrechten Hautschnitt und präparierte dessen Ränder bis auf die Aponeurose ab, befestigte mit 2 Seidennähten den Hoden in der Mitte der Wundfläche an die Oberschenkelmuskeln und vernähte die Ränder des Hodensackschlitzes mit denen des Oberschenkels. Damit bestand zwischen dem Oberschenkel und dem Skrotum eine geschlossene, rohrförmige Hautbrücke, die den fixierten Hoden ringsum umfaßte und durch welche man den straff gespannten Samenstrang leicht durchfühlen konnte. Ein dreifacher Gazestreifen wurde auf der zirkulären Hautnaht mittels Kollodium befestigt. Der kleine Pat. beobachtete 10 Tage Bettruhe; dann wurden der Verband und die Hautnähte entfernt. Da die Verbindung zwischen Skrotum und Oberschenkel schon eine recht feste war, bekam Pat. die Erlaubnis, frei herumzulaufen, wobei der Hoden bei jeder Oberschenkelbewegung herabgezogen und so der Samenstrang allmählich gedehnt wurde, ohne daß die geringsten Schmerzen oder Beschwerden eintraten. Nach 6 Wochen erschien die Dehnung des Samenstranges genügend erreicht; denn nur bei stärkerer Beugung

und Abduktion des Oberschenkels spannte er sich noch ganz leicht an. Jetzt wurde, in leichter Narkose, die Verbindung zwischen Skrotum und Oberschenkel am kruralen Ende durchschnitten, der fixierte Hoden losgelöst, ins Skrotum gelagert und die beiden Wunden am Oberschenkel und am Skrotum mittels einiger Hautnähte verschlossen, so daß sie in wenigen Tagen per primam heilten. Die Vorstellung des Pat., 5 Monate nach der Operation, zeigte einen vorzüglichen Erfolg: der Hoden lag tief unten im Skrotum und dieses war gut entwickelt; von einer Narbe am Oberschenkel und am Skrotum war kaum eine Spur zu sehen.

Ich glaube, daß diese Modifikation des Katzenstein'schen Verfahrens empfehlens- und nachahmenswert ist.

---

17) **Mohr.** Über Osteomyelitis im Kindesalter.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 7.)

M. entwirft an der Hand der Literatur das ungemein vielgestaltige Krankheitsbild der akuten Osteomyelitis im Säuglingsalter und teilt zwei eigene Beobachtungen mit. In dem ersten Falle handelte es sich um ein 4 Wochen altes Kind, bei welchem schon 14 Tage nach der Geburt Zeichen einer Entzündung im Hüftgelenke bemerkt wurden: Flexion, Innenrotation, Adduktion des linken Beines. Trochantergegend spindelförmig verdickt. Passive Bewegungen schmerzhaft. Temperatur normal. 2 Monate später ist die Hüftkontraktur geschwunden, die Trochantergegend nur noch leicht verdickt. Nach 2 Jahren normaler Befund am Hüftgelenk und am Trochanter, keine Funktionsstörung.

Im zweiten Falle wurde bei einem 4 Monate alten Kind ein subperiostaler Abszeß am Trochanter eröffnet und das Hüftgelenk vereitert gefunden, Epiphyse gelöst oder gelockert. Heilung ohne Eingriff am Knochen und ohne Fistel. Etwa 2 Jahre nach der Operation Verkürzung von 2 cm; Gang mit starker Beckenverschiebung, jedoch ohne subjektive Beschwerden. **Langemak** (Erfurt).

18) **Dalla Vedova.** Per la genesi dell' esostosi borsata.

(Policlinico 1905. Ser. chir. Fasc. 1 u. 2.)

D. V. teilt aus der Klinik von Durante vier Fälle von Exostosis bursata mit, deren mikroskopische Untersuchung Licht auf ihre Genese wirft. In drei der Fälle fand sich eine wohlausgebildete Höhle mit einer glatten Membran ausgekleidet; in einem verlief ein brückenartiger Strang durch die Höhle hindurch; im vierten bestand keine wahre Höhle, sondern es gingen bindegewebige Septen in Furchen des höckrigen Knorpelüberzuges hinein. Die mikroskopische Untersuchung ergab den kontinuierlichen Zusammenhang der Sackwand mit einem bindegewebigen Überzug, welcher die Oberfläche des Knorpels bedeckte; letztere ragt also nie nackt wie der Gelenkknorpel in die Höhle hinein. Der erwähnte Strang des einen Falles enthielt Muskelfasern, welche in Degeneration begriffen waren. Nach allem können die Bursae dieser Exostosen nicht einer wahren Gelenkhöhle entsprechen; vielmehr entstehen sie offenbar durch Verflüssigung des Bindegewebes, also sekundär durch den Druck der Exostose. Ihr Vorhandensein läßt sich also nicht zur Stütze der Theorie ansprechen, welche die Entstehung dieser Exostosen aus einem verlagerten oder abgesprengten Teile des Gelenkes erklären wollen.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

19) Umfrage über die Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen.

(Med. Klinik 1905. Nr. 6 u. 7.)

Auf eine Umfrage der Redaktion liefen folgende Auskünfte ein:

F. Penzoldt: Bei einem ganz schweren Falle von Leukämie mit Ödemen und unstillbaren Durchfällen wurde nichts erreicht. Die übrigen, zum Teil schweren Fälle zeigten andauernde Besserung, ja relative Heilung. Stete ärztliche Überwachung, rechtzeitige Wiederholung, zweckmäßige Ausführung, genügende Fortsetzung der Röntgenbehandlung ist erforderlich.

F. Kraus: Lang fortgesetzte Bestrahlung der Milz und Knochen hatte bei einem Falle myeloider Leukämie gar keinen Erfolg.

A. Fraenkel: Bei einem Falle medullärer Leukämie hatte die Bestrahlung bisher nur sehr geringe Einwirkung. Sie scheint zwar die Leukocyten zum Zerfall, aber die Krankheitsnoxe selbst nicht zum Schwinden zu bringen.

H. Senator: Durch die Bestrahlung verkleinerte sich bei einem Falle myeloider oder gemischtzelliger Leukämie die geschwollene Milz in kurzer Zeit sehr auffällig, bei einem zweiten Falle ebenfalls noch deutlich, bei einem dritten aber undeutlich. Der Blutbefund zeigte Schwankungen, wie sie auch sonst vorkommen. Das subjektive Befinden besserte sich. — Milzverkleinerung bedeutet aber nicht Heilung der Krankheit.

Plehn: Trotz mancher unangenehmen Nebenerscheinungen, die bei genauerem Studium auszuschalten gelingen wird, ist die Bestrahlung wirksam und besonders aussichtsreich, wenn die Erkrankung der Milz oder Knochenschmerzen im Vordergrunde stehen, also die Krankheitsherde lokalisiert werden können.

Quincke: Bei einem durch Spitzentuberkulose komplizierten Falle mononukleärer Leukämie trat während der Bestrahlung zunächst eine Verminderung der weißen Blutkörper, dann aber durch das Fortschreiten des Grundleidens der Tod ein.

Krehl: Bei zwei Fällen myeloider Leukämie wurde erhebliche Verminderung der Zahl der weißen Blutkörper, insbesondere der Myelocyten, und Milzverkleinerung erreicht.

Lommel (Stintzing-Matthes): Bei je einem Falle von Pseudoleukämie und myeloider Leukämie hatte die Bestrahlung eine sehr günstige Wirkung.

v. Leube: Unzweideutige Wirksamkeit in je einem Falle von Pseudoleukämie und Leukämie; bei letzterem wieder rasche Verschlimmerung nach dem Aufhören der Bestrahlung. Beidemal starke Schädigung der Haut.

Goldscheider: Ein Fall von Pseudoleukämie weist einen gewissen, ein anderer gar keinen Erfolg auf.

J. v. Mering: Eine kurze Zeit behandelte Leukämie wurde bisher nicht günstig beeinflußt.

E. Grawitz: Eine lymphoide Leukämie wurde sehr günstig beeinflußt. Der Erfolg hält an. — Wahrscheinlich werden die Leukocyten in ihrer Vitalität geschädigt. **G. Schmidt** (Berlin).

20) Umfrage über die Behandlung des Krebses mit Radium.

(Med. Klinik 1905. Nr. 13.)

Auf die Umfrage der Redaktion liefen folgende Auskünfte ein:

G. Perthes: Vier linsengroße Cancroide an Nase und Augenlid waren 6 bis 10 Wochen nach der Bestrahlung vernarbt. In einem dieser Fälle erforderte eine verdächtige Wucherung in der Narbe eine erneute Bestrahlung; bei einem anderen war der Krebs in der Tiefe weitergewuchert. — Bei inoperablen Speiseröhren-, Mastdarm- und Zungenkrebsen blieb jeder Erfolg aus. — Oberflächliche Angiome sowie harte Warzen verschwanden nach kurzem Auflegen der Radiumkapsel völlig.

P. Wichmann: Die geringe Tiefenwirkung des Radiums macht es ungeeignet für tiefergreifende Krebse. Bei flachen Hautkrebsen sah W. Heilung, doch läßt sie sich hierbei ebensogut durch Ätzmittel erzielen. W. regt an, nur die γ-Strahlen des Radiums zu benutzen oder radioaktivierte Flüssigkeiten und Radiumlösungen einzuspritzen.

V. Klingmüller: Radium ist nur geeignet für kleinere und oberflächliche Krebse. Es läßt sich an schwer zugänglichen Stellen und bei körperlich schwachen Leuten bequemer anbringen. Bei inoperablen Geschwülsten ist die Röntgenbehandlung vorzuziehen.

O. Hildebrand: Bei regionären Hautmetastasen des Brustkrebses hat sich Radium ebensowenig bewährt wie die Röntgenbehandlung.

A. Exner: Bei einem an der Grenze der Operabilität stehenden Wangenkrebs ergab die Auslöffelung und nachherige Radiumbestrahlung einen guten Erfolg (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 379).

A. Blaschko: Die Radiumbehandlung wird erst dann größere Ausdehnung gewinnen, wenn es gelingt, größere Stücke gewebten Stoffes durch Emanation oder Imprägnierung so mit Radium zu erfüllen, daß sie mit oder ohne dazwischenliegendem Schutzstoff unmittelbar auf die Erkrankungsherde gebracht werden können.

C. Blauel: Bei größeren Karzinomen der Haut wurden niemals Besserungen, bei oberflächlichen nur zum Teil Dauerheilungen erzielt. Das Fortschreiten der Hautmetastasen des Brustdrüsenkrebses ließ sich niemals aufhalten. Bei einem inoperablen Mastdarmkrebs ergab sich eine beträchtliche Besserung durch Erweiterung der Verengerung.

Richard Werner: In Czerny's Klinik wurden 34 Fälle, darunter 11 Karzinome des Gesichts und der Brustdrüse und 1 Melanosarkom, mit Radium behandelt. In den meisten Fällen kam es nur zu einer umschriebenen Abflachung mit örtlicher Nekrose, während die Hauptmasse der Geschwulst unversehrt blieb.

G. Schmidt (Berlin).

21) **Paschen.** Zur Kenntnis der primären akuten Osteomyelitis des Schädels.

Inaug.-Diss., Rostock, 1903. 56 S.

Unter den 299 Fällen von Osteomyelitis, die Prof. Müller in den letzten 15 Jahren in Aachen und Rostock operierte, waren vier primäre Schädelosteomyelitiden; zwei betrafen das Schläfenbein, je einer das Siebbein und das Scheitelbein. In einer eitrig infiltrierten Schläfenbeinschuppe wurde mikroskopisch und in einem Abszeß am Scheitelbein mit erbsengroßem Sequester kulturell Staphylokokkus pyogenes nachgewiesen. In den beiden anderen Fällen sprachen Verlauf und pathologisch-anatomischer Befund für akute primäre Osteomyelitis.

Gutzeit (Neidenburg).

22) **J. Fritsch.** Ein Fall von heteroplastischer Deckung eines traumatischen Schädeldefektes.

(Prager med. Wochenschrift 1904. Nr. 26.)

Bei einem 16jährigen Mädchen wurde ein durch komplizierte Fraktur entstandener, fünfkronenstückgroßer Defekt des rechten Stirnbeines und Orbitaldaches mit 3 mm starken Zelluloidplatten erfolgreich gedeckt. Nach $1^1/_2$ Jahren saßen die Platten unter der verschieblichen Haut noch vollkommen fest, das rechte Auge blieb normal beweglich. Hier und da Klagen über leichten Kopfschmerz.

Gutzeit (Neidenburg).

23) **Fontoynont** (Tananarive). Disjonction ancienne de la suture coronale. Epilepsie Jacksonienne. Trépanation. Rapport par M. Broca.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. T. XXX. p. 24.)

Die zur Zeit der Operation 14jährige Pat. war als Kind von 1 Jahr aus einer Höhe von 4 m auf den Kopf gestürzt, wodurch eine Einsenkung des Schädels in der hinteren linken Scheitelgegend, gleichzeitig Konvulsionen und ziemlich lang anhaltende Bewußtlosigkeit hervorgerufen wurden. 5 oder 6 Jahre danach begannen epileptische Krämpfe, erst selten, in Zwischenräumen von 3—4 Monaten, später häufiger; im letzten Halbjahre vor der Operation traten sie alle 3—4 Tage auf. Sie hatten ausgesprochen Jackson'schen Typus, begannen im rechten Mittelfinger, griffen auf den rechten Arm, dann das rechte Bein, endlich das Gesicht und die Augen über; dann folgte Verlust des Bewußtseins. Der Anfall dauerte ungefähr $^1/_2$ Stunde. Fast die ganze linke Scheitelgegend war abgeflacht und ließ an einer der Coronarnaht entsprechenden Stelle einen Spalt fühlen. Bei der Operation legte F. einen 8 cm langen, 5—10 mm breiten Spalt bloß, welcher dem Verlaufe der Coronarnaht entsprach, 2 cm von der Mittellinie entfernt entsprang und oben breiter war als unten. Die Dura mater war am Boden der Spalte verdickt und wurde

exzidiert, die beiden Knochenränder mit der Meißelzange breit reseziert, die Haut genäht. Das Gehirn unter dem Spalt hatte normales Aussehen.

4 Wochen nach der Operation folgte ein erster, 14 Tage später ein zweiter, 8 Tage später ein dritter kurzer epileptischer Anfall. Ein $1/2$ Stunde währender vierter Anfall erfolgte nach Verlauf von 5 Monaten am 23. März 1903. Seitdem blieb Pat. bis zum Zeitpunkte der Veröffentlichung (8. Oktober 1903) frei von Anfällen. Auch hatte sich die Funktion der vorher schwach entwickelten Muskeln des rechten Armes ganz wesentlich gebessert. **Reichel** (Chemnitz).

24) **G. Hirschel.** Kasuistischer Beitrag zur Trepanation bei Meningitis.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 335.)

Verf. berichtet über zwei Fälle von Trepanation bei Meningitis. Der eine Fall betraf einen 62jährigen Mann, bei dem wegen eines seit 11 Jahren bestehenden Stirnhöhlenempyems die Trepanatian der rechten Stirnhöhle gemacht worden war. Als sich darauf Benommenheit einstellte, wurde unter der Annahme einer lokalisierten Meningitis die Schädelhöhle eröffnet; doch war bereits eine diffuse eitrige Meningitis vorhanden, welcher Pat. erlag.

Im zweiten Falle stellten sich bei einem 17jährigen Gymnasiasten einige Tage nach einer Kontusion über dem linken Auge Kopfschmerzen und Erbrechen ein. 2 Wochen nach der Verletzung entstand ein Kopferysipel, in dessen Verlauf Besinnungslosigkeit und Lähmung des rechten Armes auftrat. Unter der Annahme eines akuten Hirnabszesses in der Gegend der linken Zentralwindungen, wahrscheinlich mit lokaler Meningitis, wurde punktiert. Dabei wurde ein subduraler Abszeß gefunden und durch Trepanation eröffnet. Nach vorübergehender Besserung Tod. Bei der Sektion fand sich außer einer handtellergroßen Leptomeningitis eine Thrombose des Sinus longitudinalis mit ausgedehnter Thrombose zahlreicher Hirnvenen. Ein Hirnabszeß war nicht vorhanden. **M. v. Brunn** (Tübingen).

25) **Young.** On abscess of the brain.

(St. Bartholomew's hospital reports Vol. XL. 1905.)

Y. schildert auf Grund von 52 Fällen, von denen nur 3 genasen, das Krankheitsbild. Ätiologie: chronische Mittelohreiterungen in 33 Fällen, davon $2/3$ im Alter unter 20 Jahren; der Sitz war doppelt so häufig im Temporallappen als im Kleinhirn; in einem Falle wurden zwei Abszesse, im linken Schläfenlappen und im linken Seitenlappen des Kleinhirns, festgestellt. Schädeltraumen verursachten in 3 Fällen den Abszeß, in 5 Fällen Lungenerkrankungen (Gangrän, Empyem, Abszeß, tuberkulöse Kavernen); bei diesen Kranken waren immer mehrfache Abszesse vorhanden und stets die Stirn- und Schläfengegend befallen. 3mal konnte bei der Autopsie kein Ausgangspunkt gefunden werden. Bei den übrigen waren sonstige pyämische Herde im Körper die Ursache des Hirnabszesses. Bei einem Neugeborenen trat eine ätiologisch dunkle Gangrän an beiden Vorderarmen auf, erste Hirnsymptome am 11. Tage, Tod in der 6. Woche an großem Stirnlappenabszeß; bei einem 12jährigen Knaben mit Extraduralabszeß nach Mittelohrerkrankung und thrombotischer Infektion der Hirnsubstanz fehlte jede Karies der Knochenwände der Paukenhöhle, und das Trommelfell blieb bis zum Tode gesund, so daß während des Lebens eine Diagnose unmöglich war. Bei einem 15monatigen Kinde mit linksseitiger Mittelohreiterung wurde ein Abszeß im rechten Hinterhauptslappen gefunden, vermutlich metastatisch entstanden. Bei 9 Kranken waren Zeichen von Abgrenzung, Abkapselung und Resorption des Abszesses vorhanden. Für die Möglichkeit, daß kleine Abszesse sich resorbieren können, spricht die Krankengeschichte eines Mannes mit sämtlichen typischen Erscheinungen eines Schläfenlappenabszesses, der nach einer Trepanation, bei welcher kein Eiter gefunden wurde, genas.

Aus der Symptomatologie ist zu erwähnen, daß fast in allen Fällen von Beginn an Verstopfung vorhanden war. Bei einer Pat. mit Otitis media und Kleinhirnabszeß, welcher erst bei der Autopsie erkannt wurde, trat der Tod plötzlich ein,

ohne daß Bewußtlosigkeit vorausgegangen wäre; bei einem zweiten Kranken, der ohne vorhergehende Erscheinungen plötzlich komatös wurde, deckte die Sektion als Ursache des Komas Durchbruch eines Abszesses in den Seitenventrikel auf. Die in der Mehrzahl der Fälle nachweisbare, gewöhnlich doppelseitige Neuritis optica war immer ein Spätsymptom; bei 3 Kranken, welche nach der Operation genasen, wurde der Pupillenbefund später wieder vollständig normal. War der Hirnabszeß nicht von irgendwelchen Komplikationen begleitet, so war nur ausnahmsweise Fieber vorhanden. Gleichzeitige Eiterungen außerhalb des Schädels sind jedoch häufig, und so war nur in $^1/_3$ der Fälle die Temperatur normal oder subnormal. Der Zeitraum zwischen Beginn der Symptome und Tod betrug bei nicht operierten Kranken 3—179 Tage; die traumatischen Abszesse verliefen sämtlich in 3—12 Tagen, die nach Mittelohreiterungen durchschnittlich in 10—20 Tagen. Für die Lokalisierung des Abszesses ist wichtig, daß etwa in der Hälfte der Fälle von Schläfenlappenabszeß Paralysen oder Paresen der entgegengesetzten Körperseite beobachtet wurden; 9mal war Strabismus externus auf der Seite des Abszesses vorhanden; dagegen waren Krampfanfälle häufiger allgemein als auf eine Körperseite beschränkt. Bei 6 Pat. mit Aphasie war der Sitz des Abszesses im linken Schläfenlappen, mit Ausnahme eines Falles, wo er in der linken aufsteigenden Stirnwindung lag. Bei den Kleinhirnabszessen war Neuritis optica nicht ausgeprägter als bei Großhirnabszessen zu beobachten; in 3 Fällen waren Krämpfe des ganzen Körpers mit Opisthotonus vorhanden; während Lähmungen bei Kleinhirnabszessen gewöhnlich fehlten, wurden solche in 3 Fällen festgestellt. Bei Stirnlappenabszessen mit vorderem Sitze bestanden gewöhnlich nur psychische Störungen und allmählich zunehmende Bewußtlosigkeit. Bei Kleinhirnabszessen kann die Differentialdiagnose gegenüber Meningitis, sowohl allgemeiner eitriger als mehr chronischer basaler, in einzelnen Fällen unmöglich sein; nur die frühzeitige Trepanation kann hier entscheiden, die bei allen Pat. indiziert ist, bei denen sich im Laufe einer Ohrerkrankung, eines Schädeltraumas, einer Pleura- oder Lungeneiterung schwere Hirnstörungen zeigen. Wird bei Ohreiterungen im Schläfenlappen kein Eiter gefunden, so sollte stets das Kleinhirn an derselben Seite freigelegt und punktiert werden; ist auch hier kein Eiter nachzuweisen, so muß eine ähnliche Operation auf der anderen Seite erfolgen; wird trotz alledem nichts entdeckt, dann Punktion und Drainage der Seitenventrikel. **Mohr** (Bielefeld).

26) **Frazier.** Presentation of a patient, from whom almost the entire cerebellar hemisphere had been removed.

(Univ. of Pennsylvania med. bulletin 1905. Februar.)

Kind mit Gehirngeschwulst; während des letzten Jahres drei Operationen. Bei der ersten wurde die Geschwulst nicht gefunden, und, um den Hirndruck herabzusetzen, ein Drittel des normalen Kleinhirngewebes der linken Hälfte entfernt; bei der zweiten Operation wurde die Geschwulst, ein Gliom, gefunden und entfernt, bei dem dritten Eingriff ein ausgedehntes Rezidiv entfernt, so daß schließlich fast die ganze Hälfte des Kleinhirns wegfiel; trotzdem war der operative Chok nur gering, und es blieb eine nachweisbare Funktionsstörung nicht zurück. Jedesmal nach dem Eingriffe gingen Kopfschmerzen, Neuritis optica und Schwindel prompt zurück. **Mohr** (Bielefeld).

27) **West.** Two cases of exstirpation of the labyrinth.

(St. Bartholomew's hospital reports Vol. XL. 1905.)

In den beiden Fällen handelte es sich um Karies des Felsenbeines mit Übergang auf das Labyrinth, vermutlich beidemal tuberkulöser Natur; das Labyrinth konnte ohne Schädigung des Nervus facialis entfernt werden, und zwar durch einen elektrisch betriebenen Kugelbohrer nach Aufmeißelung und Freilegung der Labyrinthgegend. **Mohr** (Bielefeld).

28) Springer. Entwicklung von Hämangiomen im Anschluß an das »Ohrringestechen«.

(Prager med. Wochenschrift 1904. Nr. 34.)

Verf. beobachtete im Anschluß an die Durchstechung eines mit einem stecknadelkopfgroßen, flachen Hautangiom behafteten Ohrläppchens und eines vorher gesunden die Entwicklung eines schließlich die untere Hälfte der Ohrmuschel einnehmenden Hämangioms. In beiden Fällen hatte der Stichkanal stark geeitert.

Gutzeit (Neidenburg).

29) G. W. Wende and C. A. Bentz. Rhinophyma. A pathological analysis of five separate tumors occuring in the same patient.

(Journ. of cutaneous diseases 1904. Oktober.)

Beschreibung eines Falles von Rhinophym bei einem 69jährigen, als Potator bekannten Mannes. Die Krankheit hatte vor 25 Jahren begonnen; es bestanden mehrere voneinander unabhängige Geschwülste, von denen die größte, die eine Größe von $4^{3}/_{4}:3^{1}/_{4}:3$ Zoll erreicht hatte, über den Mund herabhing und den Pat. am Essen hinderte. Es wurden fünf Geschwülste abgetragen und mikroskopisch untersucht. Die Befunde stimmten im wesentlichen mit denen überein, die von anderen Autoren bei früheren Veröffentlichungen bereits angegeben wurden. Gute Illustrationen mikroskopischer Schnitte sind beigefügt.

Urban (Breslau).

30) K. Beck. Abdominale Scheingeschwülste bei hysterischen Kindern.

(Monatsschrift für Kinderheilkunde 1905. März.)

B. teilt zwei in der Rostocker chirurgischen Klinik unter W. Müller beobachteten Fälle mit. Im ersten Falle handelte es sich bei einem 13jährigen Mädchen um eine geschwulstartige druckschmerzhafte Anschwellung im Epigastrium mit kahnförmiger Einziehung des Unterbauches. Ganz ähnlich lag im zweiten Falle bei einem 9jährigen Mädchen eine tympanitische, auf Druck empfindliche Auftreibung im Epigastrium vor. Hier konnte man beobachten, wie bei Luftschlucken die Geschwulst größer wurde. Beidemal hysterischer Habitus. In beiden Fällen trat nach einer kurzen Narkose, in der die Geschwulst — bei Fall I unter Entweichen von Luft aus dem Munde — verschwand, Heilung ein. Im ersten Falle haben die Erkundigungen auch ergeben, daß die Heilung zu Haus angehalten hat. Verf. bespricht dann noch die Anschauungen über Pathogenese dieses Leidens.

E. Moser (Zittau).

31) F. E. Bunts. Report of fifty cases of appendicitis and fifty cases of hernia with reference to albuminuria.

(Amer. journ. of the med. sciences 1905. März.)

Verf. hat 100 operierte Pat. systematisch auf das Auftreten von postoperativer Albuminurie untersucht. Er wählte solche Operationen, bei denen das Bauchfell eröffnet wurde, und zwar als Typus einer Operation bei entzündlicher Bauchfellaffektion die Appendicitisoperation und als Typus einer Bauchfelleröffnung bei nicht entzündlicher Affektion die Herniotomie.

Bei den Operationen handelte es sich um 43 Operationen während des Anfalles und 7 Intervalloperationen. In 18 Fällen fand sich Albuminurie vor der Operation. In 5 Fällen verschwand dieselbe nach dem Eingriff. Bei 20 Pat., die vorher frei von Albuminurie waren, ließ sich nach der Operation im Urin Eiweiß nachweisen.

Bei den Bruchkranken fand sich in 11 Fällen vor der Operation Albuminurie. In 2 Fällen verschwand dieselbe nach der Operation. In 11 Fällen trat erst nach der Operation Albuminurie auf.

Von den wegen entzündlicher Affektionen operierten Kranken hatten also 66% nach der Operation Albuminurie, und von diesen hatten 60% vor der Operation kein Eiweiß im Urin gehabt. Es fanden sich hier also erheblich mehr Fälle von reiner postoperativer Albuminurie als bei den herniotomierten Kranken.

Aus diesen Beobachtungen geht hervor, daß sich in einem großen Prozentsatz von chirurgischen Erkrankungen Albuminurie nachweisen läßt, und daß dieselbe an sich nicht als Kontraindikation gegen eine Operation angeführt werden darf. Von den 100 Fällen des Verf.s gingen nur zwei akute Appendicitisfälle zugrunde. Die meisten der Operationen waren in Äthernarkose ausgeführt worden.

Läwen (Leipzig).

32) **G. Kelbling.** Radikaloperationen von Inguinalbrüchen bei Kindern.

Diss., Kiel, 1904.

K. stellt 22 Fälle von Radikaloperation kindlicher Leistenbrüche zusammen in der Absicht, einen Beitrag »für die Rentabilität dieses Eingriffes« zu liefern. Die Grenzen der Indikation seien möglichst weit zu stellen, da der Eingriff auch für die Allgemeinentwicklung der Kinder von segensreichster Wirkung sei, während irgendwelche Nachteile für den Verlauf der Heilung aus der Jugend der Pat. nicht erwüchsen.

Die erwähnten 22 Kinder standen im Alter von 4 Monaten bis zu 9 Jahren. In 18 Fällen konnte nachgeprüft werden; nur in einem wurde ein Rezidiv gefunden.

V. E. Mertens (Breslau).

33) **Albanese** (Palermo). Sopra un caso raro di ernia diaframmatica congenita.

(Riforma med. XX. Nr. 48.)

Die Krankengeschichte dieses interessanten Falles ist kurz folgende: Das 10jährige, bis dahin anscheinend vollkommen gesunde Mädchen erlitt beim Spiel eine Schußverletzung in der Gegend des sechsten linken Interkostalraumes in der vorderen Axillarlinie. Ein Arzt entfernte das Geschoß aus dem subkutanen Zellgewebe des siebenten Interkostalraumes, nahe am Schulterblatt. Im Anschluß daran eine Eiterung; Spaltung im achten Interkostalraume hinten, langsame Heilung. Einen Monat darauf trat plötzlich nach der Mahlzeit ein heftiger Schmerz im Bauch auf, der nach der Lendengegend und in die rechte Schulter ausstrahlte; dabei bestand heftiges Erbrechen und Stuhlverhaltung. Nach 5 Tagen Nachlaß der Symptome. Objektiv fand sich eine hochgehende Tympanie im linken Brustraum und eine starke Verlagerung des Herzens nach rechts. Skiaskopisch zeigte sich ein Schatten im linken Brustraume, der sein Niveau, dem Lagerungswechsel der Pat. entsprechend, einstellte. Eine tiefe Punktion ergab schließlich Mageninhalt. Diagnose: Hernia diaphragmatica. Bei der Laparotomie fand A., daß der Magen, ein großer Teil des Querkolon und des Dünndarmes durch eine große Lücke des Centrum tendineum linkerseits in den Brustkorb eingedrungen war. Die Pars pylorica, umgeben von Netz, ragte knopfförmig aus der Lücke in die Bauchhöhle hervor. Beim Repositionsversuche des Bruches entstand Kollaps, so daß die Narkose unterbrochen werden mußte. Vermittels eines Hustenstoßes entwickelten sich alsdann die Eingeweide und eine große Masse Netz ohne Schwierigkeiten. Da eine Schließung der großen Bruchpforte unmöglich, lagerte A. den Magen mit seiner großen Kurvatur vor, indem er ihn nach links hin an die parietale Bauchwand sorgfältig fixierte. Wegen Winkelstellung des Pylorus wurde eine Anastomose nach Roux angelegt. Pat. ist jetzt, 5 Monate nach der Operation, noch rezidivfrei, gesund und arbeitsfähig. A. hält die Hernie, nach Art der großen Bruchpforte mit ihrem glatten Serosaüberzug, dem Fehlen von Verwachsungen und des Bruchsackes usw. für eine angeborene, die schon längst bestanden hatte. Das Trauma mit der Eiterung (abgesackter Pyothorax) gab durch Änderung der Druckverhältnisse im Brustkorbe die Gelegenheitsursache zu den Einklemmungserscheinungen. Der Fall scheint der erste operativ und mit Erfolg behandelte dieser Art zu sein.

A. Most (Breslau).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,

in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 19. Sonnabend, den 13. Mai. 1905.

1) **Manceaux.** Accidents de croissance dans l'armée.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1905. Nr. 2.)

Verf. glaubt, daß die bei den neueingestellten Soldaten nach dem Exerzieren eintretenden Schmerzen in den unteren Gliedmaßen, ferner die Osteoperiostitis des Schienbeines, die Fußgeschwulst endlich Störungen des Wachstums und der Ossifizierung des Knochens darstellen. Durch die genannten Exerzitien werden nach ihm Kongestionen in

einem noch nicht fertigen Knochensystem hervorgerufen, welches letztere dann darauf mit jenen schmerzhaften Prozessen reagiert. Durch Bettruhe gehen die Krankheiten auch ohne weitere Therapie vorüber.

M. konnte bei sehr vielen dieser Pat. feststellen, daß sie nach der Einstellung noch um mehrere Zentimeter gewachsen waren. Durch mehrere kasuistische Fälle wird diese letztere Behauptung gestützt.

Herhold (Altona).

---

2) L. Dor. Sécrétion sudorale des mains chez les chirurgiens et asepsie.

(Gaz. des hôpitaux 1905. Nr. 24.)

Zu Anfang dieses Jahres haben Reverdin und Massol behauptet, daß es eine Infektion durch den Schweiß der Hände nicht gebe, d. h. daß man imstande sei, die Hände soweit zu desinfizieren, daß der Schweiß keine Bakterien mehr enthalte. Dagegen wendet D. sich mit der Begründung, daß eine derartige Desinfektion praktisch absolut undurchführbar sei, weil sie zu viel Zeit beanspruche; außerdem aber sei der Schweiß auch chemisch nicht indifferent. Es müsse daran festgehalten werden, daß Chirurgen und Geburtshelfer keine schweißfeuchten Hände haben dürfen.

V. E. Mertens (Breslau).

---

3) E. Engels. Die Desinfektion der Hände.

(Abdruck aus dem klin. Jahrbuch Bd. XIII. 1905. 158 S.)

Verf. verglich in sehr sorgfältigen Versuchsreihen die Wirkung des 2‰igen Sublamins, 2%igen Lysoforms und Bazillols in alkoholischer und wäßriger Lösung auf Bakterienaufschwemmungen sowie auf an Seidenfäden und an Granaten angetrocknete Bakterien. Granaten, die frei auf Haarnetzen lagen, erwiesen sich als die besten Prüfsteine. Die alkoholischen Lösungen desinfizierten kräftiger als die wäßrigen; Sublamin stand an erster, Bazillol an letzter Stelle. Nur Seidenfadenstaphylokokken wurden durch Sublaminwasser schneller wie durch Sublaminalkohol vernichtet. — In einer zweiten Versuchsreihe wurde nach Paul-Sarwey's Verfahren die Tageshand im sterilen Kasten vor und nach der Desinfektion mit Heißwasser und Alkohol, Seifenspiritus, Formalinalkohol, Lysoformalkohol und -wasser, Bazillolalkohol und -wasser, Sublaminalkohol und -wasser auf ihren Keimgehalt untersucht. Auffallend schlecht waren die Ergebnisse beim Seifenspiritus. Am besten bewährte sich der 2‰ige Sublaminalkohol, auch bei der schärferen Prüfung nach Krönig-Blumberg mit Einschiebung des Tierexperimentes und bei künstlicher Infektion der Hände mit Tetragenus- und Staphylokokkuskeimen. Die rein alkoholischen Sublamin-, Lysoform- und Bazillollösungen besitzen ferner einen größeren desinfektorischen Wert als ihre wäßrigen Lösungen bei voraufgehender Alkoholanwendung nach Fürbringer's Vorschrift.

G. Schmidt (Berlin).

---

4) **A. Loewe.** Alkohol-Silber-Salbe.

(Allgemeine med. Zentralzeitung 1905. Nr. 9.)

Die Wirkung der in den letzten Jahren soviel angewandten Alkoholverbände nach Salzwedel beruht nach den bisherigen Beobachtungen auf der hervorgerufenen arteriellen Hyperämie, durch die »im Blute vorhandene antibakterielle und antitoxische Stoffe und Körper« in großer Menge zum Entzündungsherd hingeleitet werden. Keimtötend wirkt der Alkohol so gut wie gar nicht. Daher ging das Bestreben L.'s dahin, mit dem Alkoholverband die bakterientötende Wirkung des Silbers (Colargol Crédé) zu verbinden. Die chemische Fabrik Helfenberg-Dresden stellte eine Alkohol-Silber-Salbe nach des Verf. Angaben her, welche $^1/_2$% Colargol, 70% eines 96%igen Spiritus, Natronseife, Wachs und etwas Glyzerin enthält. Mit dieser Salbe erzielte L. gute Resultate bei Frostbeulen, Verbrennungen, Beingeschwüren, Dekubitus, Kontusionen, nicht infektiösen und infektiösen Entzündungen (besonders Phlegmonen des Armes und schweren Lymphangitiden), endlich bei Neuralgien, da die Salbe auch schmerzlindernd wirkt.

L. empfiehlt die Salbe besonders, weil sie niemals reizt oder die Haut austrocknet, wie der Alkohol allein.

Applikation: 1—2mal täglich direkt aufgestrichen oder auf Mull verteilt, dann mit etwas Mull abgedeckt, darüber Gummipapier und eine gut sitzende Binde. Beim Wechseln Waschungen resp. Bäder, wobei die Salbe wegen des Gehaltes an Natronseife leicht löslich in Wasser ist.

Grosse (Kassel).

---

5) **J. Jacobson.** Über Melioform, ein neues Desinfektionsmittel.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 15.)

Die ungemein starke bakterizide Kraft des Formaldehyds erlaubt, zur Desinfektion von Wunden und zu Spülungen Lösungen von so erheblicher Verdünnung zu benutzen, daß jede ätzende oder giftige Wirkung ausgeschlossen ist. Melioform (Lüthi & Buhtz, Berlin SW.) enthält 25% Formalin, 15% essigsaure Tonerde und einige nebensächliche, die Haltbarkeit der Lösung sichernde Stoffe. Es wird, durch Farbstoffe gefärbt, in 100 g-Flaschen abgegeben. 4 g davon, mit 1 Liter Wasser vermengt, bilden eine klare, leicht gefärbte, nicht nach Formalin riechende, Wunden, Hände und Instrumente nicht angreifende Flüssigkeit, die Eitererreger und Milzbrandbazillen stark, Tetragenus- und Prodigiosuskeime schwächer beeinflußt. Außerdem macht es die Gebrauchsgegenstände nicht schlüpfrig und ist billiger wie Lysol.

G. Schmidt (Berlin).

---

6) **H. Rieder.** Beiträge zur Topographie des Magen-Darmkanales beim lebenden Menschen nebst Untersuchungen über den zeitlichen Ablauf der Verdauung.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 3.)

Die Methode der Lufteinblasung und Sondeneinführung genügt bei der skiaskopischen Untersuchung des Magen-Darmkanales häufig nicht. Am besten bewährte sich dem Verf. die innige Vermengung gewisser Nahrungsmittel (Mehl- und Kartoffelbrei) mit Bismuthum subnitricum, welches ohne Gefahr in großen Dosen einverleibt werden kann (per os bis 30 g, per rectum bis 100 g). Die Expositionszeit darf nur eine kurze sein, da sonst die Magenbewegungen störend auf die Schärfe des Bildes einwirken.

Diese Methode erwies sich dem Verf. als ein ausgezeichnetes Hilfsmittel, die Topographie der Baucheingeweide am Lebenden zu studieren. Entgegen den bisherigen Anschauungen der Anatomen vom Schrägstand des Magens fand Verf. bei mäßig gefülltem Organ die vertikale Lage als die überwiegende. Beim weiblichen Geschlecht steht der Magen zugleich tiefer als beim männlichen; ferner war auch meist die von His sog. »Incisura cardiaca« zwischen Magengrund und -körper deutlich zu sehen. Bedeutend schwieriger als die Skiagraphie des Magens gestaltet sich die des Dünndarmes. Verf. sah dabei letzteren meist den mittleren Bezirk des Bauches einnehmen, häufig aber auch einen großen Teil des kleinen Beckens ausfüllen. Von den Dickdarmschlingen unterscheiden sich die des Dünndarmes durch ihre größere Länge und stärkere Krümmung. Als charakteristisches Kennzeichen des Dickdarmes findet sich auf den Röntgenbildern eine, wie die beigefügten Skiagramme beweisen, scharfe Markierung der Haustren (besonders deutlich am Colon transversum).

Bei Eingießung wismuthaltiger Flüssigkeiten in den Mastdarm treten die Dickdarmschlingen mit ihren Haustren auf dem Röntgenbilde geradezu »plastisch« hervor. In physiologischer Beziehung ist die skiaskopische Untersuchung insofern von Wert, als die Aufenthaltszeit der Nahrung in den einzelnen Darmabschnitten festgestellt werden kann. Der praktische Mediziner vermag mit der beschriebenen Methode Form, Lage, Größe und die Ausdehnung der einzelnen Bauchorgane besser zu erkennen. Verf. schließt mit der »Behauptung, daß die Anwendung der Röntgenstrahlen im Gebiete des Verdauungskanales als eine die Magen- und Darmdiagnostik wesentlich unterstützende, höchst zweckmäßige klinische Untersuchungsmethode anzusehen ist«. Die beigegebenen Kopien dürften am besten für die Richtigkeit dieser Behauptung sprechen. Als Anhang bringt Verf. die Krankengeschichten der von ihm nach seiner Methode untersuchten Pat.

Gaugele (Zwickau i. S.).

7) **A. Peiser.** Zur Pathologie der bakteriellen Peritonitis. Nebst einem Beitrage zur Kenntnis der Wirkung des Adrenalin in der Bauchhöhle.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 111.)

Die hochinteressanten experimentellen Untersuchungen des Verf. beschäftigen sich mit der bakteriellen Peritonitis bei Kaninchen und suchen vor allem festzustellen, wo hauptsächlich der Platz des Kampfes des Organismus gegen die Bakterien liegt, ob in der Bauchhöhle oder im Blute. Es wurden infolgedessen systematische bakteriologische Untersuchungen des Blutes und gleichzeitig der Bauchhöhle vorgenommen.

Nach der sehr verbreiteten Anschauung, daß die Resorptionskraft des Bauchfells eine der wichtigsten, wenn nicht die wichtigste Waffe des Organismus gegen die bakterielle Infektion sei, hätte man annehmen sollen, daß der Bakteriengehalt des Blutes steigt, während die Bauchhöhle bakterienärmer wird. Das ist nun nicht der Fall; vielmehr tritt im kulturellen Blutbefund eine Verminderung der Bakterien zutage zu einer Zeit, während der sich noch enorme Bakterienmassen in der Bauchhöhle befinden. Es ist also eine Resorptionsverzögerung zu konstatieren, welche Verf. vom teleologischen Standpunkt aus für eine notwendige Abwehrreaktion des Organismus gegen die ihm sonst drohende Septhämie bezw. Allgemeinintoxikation ansieht.

»Bei bakterieller Infektion des Peritoneums spielt sich der Kampf des Organismus mit den Entzündungserregern im wesentlichen an Ort und Stelle intraperitoneal ab und muß sich dort abspielen, falls nicht der Organismus zugrunde gehen soll.«

Der Einfluß des Adrenalins auf die intraperitoneale Resorption wurde durch Injektion von Ricin in die Bauchhöhle gesunder und mit Adrenalin vorbehandelter Tiere geprüft. Es ergab sich dabei eine resorptionsverzögernde Wirkung des Adrenalins.

M. v. Brunn (Tübingen).

---

8) **L. S. Dudgeon** and **P. W. G. Sargent.** Peritonitis, a bacteriological study.

(Lancet 1905. Februar 25, März 4 u. 11.)

Verff. veröffentlichen aus dem St. Bartholomew's Hospital die Resultate ihrer systematischen Untersuchungen bei 270 Fällen peritonealer Entzündungen, die aus den verschiedensten Ursachen herbeigeführt waren. Bei den verschiedenen Operationen wurden keinerlei Chemikalien angewendet, bis die Proben zu Kulturzwecken den einzelnen Teilen der Bauchhöhle entnommen waren. Es wurden bakteriologisch untersucht: 1) intraperitoneale Blutungen 20 Fälle (17 Extra-uterin-Gravidität, 2 Milzrupturen, 1 Leberruptur). Verff. können sich der Ansicht Orth's nicht anschließen, daß reines Blut durch das Fibrinferment oder irgendeine toxische bei der Gerinnung auftretende Substanz »chemische« Peritonitis hervorrufen könne. Sie erachten die in

solchen Fällen beobachteten Entzündungserscheinungen als stets hervorgerufen durch einen unten näher beschriebenen Staphylokokkus albus. — Wechselnd war die Bakterienflora bei Cholecystitis und Gallenblasenperforation. — Bei perforiertem Magengeschwür vermochten Verff. in allen Fällen, auch in den mit subdiaphragmatischem Abszeß und Pleuraempyem komplizierten, einen bislang nicht beschriebenen Streptodiplokokkus, wie es schien spezifischer Natur, zu finden und zu züchten. Dieser Kokkus färbte sich gut mit Anilinfarben, war aber Gramnegativ, er wuchs aerob und anaerob und auf den gebräuchlichen Nährböden, ausgenommen auf Kartoffel. Seine Pathogenität muß gering angeschlagen werden, da weder Meerschweinchen noch Mäuse damit zu töten waren. — Bei 2 Fällen von Perforationsperitonitis bei Unterleibstyphus fanden Verff. den Bacillus coli und einen Staphylokokkus (aureus), keine Typhusbazillen oder Streptokokken. — Was den oben erwähnten Staphylokokkus albus angeht, so ist er von dem Staphylokokkus pyogenes albus (Rosenbach) auf Grund seiner abgeschwächten pathogenen Eigenschaften zu trennen, er scheint dagegen identisch mit dem Staphylokokkus epidermidis (Welch). — Bei Appendicitis ergaben die Untersuchungen, daß Streptokokkus pyogenes ein seltener Befund ist, und daß die Fälle, in denen er gefunden wird, hoffnungslos sind. Der bislang von einem Teil der Autoren eingenommene Standpunkt, daß bei Appendicoperitonitis der Streptokokkus sehr häufig sei und nur von dem enorm wuchernden Bakterium coli überwachsen werde, ist nicht zu halten. Der Stayhylokokkus albus war in nahezu allen Fällen von Appendicoperitonis zu finden. Was sein Verhältnis zum Bacillus coli angeht, so ergab sich ein merkwürdiger Antagonismus; während ein mit Bacillus coli peritoneal geimpftes Tier zugrunde ging, blieb das 20 Stunden vorher mit Staphylokokkus albus vorgeimpfte Tier meist am Leben. Der Staphylokokkus albus erregt eine außerordentliche Phagocytosis, wobei die Leukocyten intakt bleiben, während sie, sobald Bacillus coli vorhanden ist, degenerieren. Die bedeutende Rolle des weißen Staphylokokkus bei Peritonitis finden Verff. noch bestärkt durch seine Agglutinierbarkeit durch das Serum vieler Appendicitiskranken, die jedoch nicht vor dem 6. Krankheitstage beobachtet wurde. —Was die anaerobe Bakterienflora angeht, der von Veillon, Zuber, Tavel, Lanz u. a. eine wesentliche Bedeutung für die Appendicoperitonitis beigemessen wird, so kommen Verff. auf Grund ihrer eingehenden Untersuchungen zu absolut abweichenden Resultaten; diesen Bakterien gebührt kaum eine Bedeutung. Der Bacillus pyocyaneus wird hier und da bei Appendicitis beobachtet; er ist enorm virulent und führt fast so sicher zum Tode, wie der Streptokokkus pyogenes; Pigment bildet er in der Peritonealhöhle nicht. Der Bacillus coli ist sehr häufig bei Appendicitis, doch ist er von verschiedener Virulenz; bei Operationen im Intervall enthält der Wurmfortsatz meist eine hochvirulente Form derselben, und es ist daher dem Inhalte des exstirpierten Teiles eine außerordentliche Vorsicht zuzuwenden. Bei gleichzeitigem Vorkommen

des Colibacillus und des Bacillus pyocyaneus unterliegt der Colibacillus in kürzester Zeit.

Außerordentlich interessant ist nach den Untersuchungen der Verff. die Rolle der Phagocyten bei Peritonitis; sie wurden bei dem Bacillus coli und dem Staphylokokkus albus angestellt: die grobgranulierten eosinophilen Zellen, welche von den meisten Beobachtern als nicht oder nur sehr wenig phagocytisch angesehen wurden, sind vielleicht die allerwichtigsten im Frühstadium der Peritonealinfektion, während die feingranulierten polynukleären Zellen, wie bekannt, im späteren Stadium die Hauptrolle spielen; auch bei den kleinen Lymphocyten wurden phagocytische Eigenschaften beobachtet.

Der Name »allgemeine« Peritonitis ist nach Verff. zweckmäßig zu eliminieren; ist das ganze Peritoneum ergriffen, sprechen Verff. von »universeller« Peritonitis. Ist der Prozeß erysipelartig grassierend, ohne Adhäsionen, ohne Hemmung, so nennen sie die Peritonitis »diffus«.

Von Interesse sind die bakteriologischen Befunde auch beim eingeklemmten Bruch. Bei 47 Fällen erwies sich 42mal das Bruchwasser steril, während die Oberfläche des inkarzerierten Darmes sich nur 29mal steril zeigte; im wesentlichen wurde hier der Staphylokokkus albus gefunden; und es war auffallend, daß gerade diese Fälle besonders gut per primam heilten, während, wenn der Colibazillus nachgewiesen wurde, der Ausgang meist tödlich war.

Was die therapeutischen Schlußfolgerungen der Verff. aus diesen hochinteressanten Studien angeht, so beweisen sie für Appendicoperitonitis die Vorteile der Frühoperation, der Operation sofort, wenn die Diagnose feststeht. Auswaschen der Peritonealhöhle soll vermieden werden, und kann nur bei Streptokokken oder Pyocyaneusperitonitis, wo doch die ganze Peritonealhöhle sofort ergriffen ist, in Betracht kommen; die Drainage des Wurmfortsatzbettes soll, da zwecklos, nach Möglichkeit unterlassen werden, ausgenommen bei lokalem Abszeß; Opiate sind dringend zu vermeiden, eher Abführmittel zu verordnen.

Die Hoffnung der Serumtherapie bei Appendicitis liegt in der Entdeckung eines multivalenten Antibacillus coli-Serums, da tatsächlich diesem Bacillus die meisten Kranken erliegen. Ist Streptokokkeninfektion sichergestellt, so mag man eins der neueren Sera dieser Kategorie versuchen.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

---

9) **H. Mohr.** Über subphrenische Abszesse bei Appendicitis.

(Medizinische Woche 1905. Nr. 7 u. 8.)

Verf. bespricht einen derartigen von ihm beobachteten und operierten Fall und betont, daß die subphrenischen Abszesse nach neueren Erfahrungen bei weitem am häufigsten nach Appendicitis auftreten, viel häufiger als nach Erkrankungen der Adnexe, von Magen, Leber, Pankreas usw. Er unterscheidet mit anderen Autoren zwei Arten von subphrenischen Abszessen nach Blinddarmentzündung: Einmal die frühzeitig im Verlaufe des akuten Anfalles zum Teil als Teilerscheinungen oder Rest einer Allgemeinperitonitis auftretenden, und zweitens solche,

die erst Wochen, ja Monate nach einem akuten Anfalle beobachtet werden. Die ersteren sind prognostisch weit ungünstiger. Die Infektion erfolgt auf dem Wege der Lymphbahnen (Grüneisen), besonders der retroperitonealen, und gibt ein in die Höhe geschlagener Wurmfortsatz, der womöglich ganz retrocoecal gelegen ist, leichter Anlaß zu derartigen Abszedierungen als ein Wurmfortsatz in seiner gewöhnlichen Lage.

Bei den vielgestaltigen Symptomen der subphrenischen Abszesse erwähnt M. die Begleiterscheinungen von seiten der Pleura und der Lungen, andererseits die der Leber und Gallenblase und bespricht eingehend das metastatische Empyem der Pleura.

Für die Diagnose ist besonders wichtig die Anamnese, die über die großen Schwierigkeiten oftmals hinweghilft.

Die Prognose wird bei frühzeitigem Eingreifen günstiger — M. ist auch ein begeisterter Anhänger der Frühoperation der Appendicitis —, bleibt aber immer dubiös. Vorbeugend gegen die Entstehung subphrenischer Abszesse und »somit die beste Behandlung« ist die frühzeitige Operation der Appendicitis mit gründlicher Entleerung der lokalen Eiterung (wenn solche schon vorhanden). Hierbei hat die Entfernung des Wurmformfortsatzes nicht unbedingt zu geschehen, da alles längere Suchen durch Lösung von Verklebungen nur schädlich wirken kann. Literaturangabe. **Grosse** (Kassel).

---

10) **G. Connell.** Is the transplantation of the cord necessary in the radical cure of inguinal hernia?

(Amer. journ. of the med. sciences 1905. März.)

Die bei der Bassini'schen Operation übliche Verlagerung des Samenstranges hat gewisse Nachteile zur Folge. So sind im Anschluß an die Bassini'sche Operation Orchitis, Epididymitis, Hydrokele und Varicokele beobachtet worden. Ferner ist der Samenstrang in seiner neuen ungeschützten Lage leicht traumatischen Schädigungen ausgesetzt.

Verf. empfiehlt, die Radikaloperation der Leistenbrüche ohne Verlagerung des Samenstranges vorzunehmen. Sein Verfahren ist folgendes:

1) Hautschnitt. 2) Durchschneidung der Aponeurose des M. obliquus externus und Freilegung des Leistenkanales. 3) Freilegung des Bruchsackes. Reposition seines Inhaltes. Abtragung des Bruchsackes. 4) Verringerung des Umfanges der Samenstranggebilde durch Entfernung des Fettes und der Venen. 5) Versorgung des inneren Leistenringes. Die Fascia transversalis wird bis auf den oberen Rand des Leistenringes zusammengenäht. 6) M. obliquus internus und M. transversus werden an die äußeren zwei Drittel des Lig. Pouparti genäht. 7) Naht der Aponeurose des M. obliquus externus. Diese Naht empfiehlt Verf. in der von Andrews beschriebenen Form mit dachziegelförmiger Überschaltung der Aponeurosenränder vorzunehmen. 8) Hautnaht.

Dies Operationsverfahren hat vor der reinen Bassini'schen Methode größere Einfachheit und die sichere Vermeidung sekundärer Hodenveränderungen voraus. **Läwen** (Leipzig).

11) C. W. M. Moullin. The cause of pain in cases of gastric ulcer and its bearing upon the operation of gastrojejunostomy.

(Lancet 1905. März 4.)

Die Schmerzen bei Magengeschwür sind keineswegs hervorgerufen durch den Kontakt der Nahrung mit der exulzerierten Schleimhautoberfläche, da Reize dieser Art, z. B. bei Operationen an der Schleimhaut, ohne jede Empfindung verlaufen, ebenso ist nicht die erhöhte Azidität direkt Schuld daran; denn es ist erwiesen, daß weit stärkere Säuren, als je bei Dyspepsie oder Magengeschwür gebildet werden, auf die Schleimhautoberfläche gebracht werden können, ohne daß Pat. es merkt. Die einzige Möglichkeit, durch welche bei Dyspepsie oder Geschwür im Verdauungsakte Schmerzen erzeugt werden können, besteht in der Bewegung des Magens, wenn dabei die sensorischen Nerven alteriert werden, die Äste der Nervi intercostales, die sich im subserösen Gewebe des Peritoneum parietale finden. Ein Geschwür, das sehr große Schmerzen hervorruft, liegt entweder an der kleinen Kurvatur oder am Pylorus, es sei denn, daß sich, wie es in seltenen Fällen vorkommt, Verwachsungen auch von anderen Stellen des Magens gebildet haben. — Hypertrophische verwachsene Partien der Magenwand in der Pylorusgegend können möglicherweise zufällig, wie in einem Falle Verf.s bei Probegastrotomie, gespalten werden, und die früher enormen, durch die Zerrung hervorgerufenen Schmerzen verschwinden dauernd. Der Operationszweck bei Magengeschwür soll sein, den Magen ohne Erfordernis großer Peristaltik zu entleeren und in den Ruhestand zu versetzen — eine nicht immer leichte Aufgabe! Ist das Geschwür klein und kann es mit Hilfe einer lineären Narbe exzidiert werden, so kann man durch diese Operation Erfolg erzielen, leider nicht häufig. Die Operation der Wahl ist die Gastroenterostomie; sie sollte, um Bewegungen des Pylorusteiles sicher auszuschalten, ganz an der Cardia gemacht werden. Gestatten dieses aber die Verhältnisse nicht, dann soll man sie in der Pylorusgegend mit sehr ausgiebigem Schnitt anlegen. Die Gastroenterostomia retrocolica ist vorzuziehen, ob anterior oder posterior ist gleichgültig; das Gewicht des Darmes zieht die Öffnung doch in die abhängigste Partie.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

12) T. Carwardine. Some points in the surgical treatment of intestinal obstruction.

(Practitioner 1905. Januar-Februar.)

Um die bei Darmverschluß stagnierenden toxischen Inhaltsmassen des Darmes möglichst schnell zu entfernen, führt Verf. vor der Be-

seitigung der eigentlichen Ursache die temporäre Enterostomie meistens mit Hilfe der von ihm selbst angegebenen Tube aus, die sich von Paul's Tube dadurch unterscheidet, daß das Ende wie beim Murphyknopf die Röhre pilzförmig überragt und in den Darm fest eingebunden werden kann. Auf diese Weise kann ein Hinausgleiten, wie bei der aus Glas bestehenden Tube von Paul nicht eintreten, und die Drainage event. 6 Tage lang liegen bleiben.

Bei Geschwülsten des Dickdarmes besteht das Operationsverfahren in Verlagerung und Fixation des affizierten Darmstückes vor der Bauchwand mittels eines durch das Mesocolon geführten Stabes, temporärer Drainage des zuführenden Endes durch Verf.s Tube und Ableitung des Darminhaltes. Nachdem sich die Pat. einigermaßen erholt, wird das kranke Darmstück reseziert und die Enden axial vereinigt, der Faden um die Tube sorgfältig gelöst, letztere entfernt, die Öffnung durch Nähte verschlossen und der Darm in die Bauchhöhle versenkt. Sind jedoch die Kranken sehr dekrepide, so läßt Verf. die Geschwulst vorläufig in der Bauchhöhle und sucht durch die Enterostomie den Zustand zu bessern. 15 Zeichnungen sind der Arbeit beigefügt. Über den Erfolg wird nichts berichtet.

Jenckel (Göttingen).

---

13) **F. Pachnio.** Über Dauerresultate der Kolopexie bei hochgradigem Rektumprolaps.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 300.)

Die Arbeit berichtet über die Erfahrungen, welche die Garrè-sche Klinik mit der Kolopexie an 12 Fällen von Mastdarmvorfall gemacht hat. Sie sind recht ungünstige; denn unter 11 für die Beurteilung des Resultates verwertbaren Fällen befanden sich nur 5 Heilungen bei 6 Rezidiven. Zu einem ähnlich schlechten Resultate gelangt Verf. bei einer kritischen Sichtung der Literatur. Von den veröffentlichten Fällen lassen sich bei schärferer Kritik überhaupt nur 22 für die Beurteilung des Dauerresultates verwerten, und von diesen rezidivierten 13 = 59%. Demnach hält es Verf. für angezeigt, die Indikationen für die Kolopexie möglichst einzuschränken. Er hält sie für indiziert nur »bei nicht inkarzerierten und reponiblen Mastdarmvorfällen, wenn es sich um gebildetere Pat. handelt, die keine körperlich schweren Arbeiten zu leisten haben. Handelt es sich um Frauen, so darf nur bei solchen die Kolopexie gemacht werden, die aller Wahrscheinlichkeit nach keine Geburten mehr zu überstehen haben«.

M. v. Brunn (Tübingen).

---

14) **Steele.** Gallbladder and biliary-duct surgery.

(Annals of surgery 1905. Nr. 2.)

In dem kleinen Aufsatze bespricht S. die Ursachen, Symptome und die Behandlung der Gallensteinkrankheiten. Bezüglich der letzteren steht er auf einem radikalen Standpunkt und verlangt früh-

zeitiges Erkennen der Krankheiten der Gallenwege und baldigen chirurgischen Eingriff. Ein 3monatliches Kurieren mit Medikamenten, Diät usw. hält er für zu lange ausgedehnt, nachdem einmal die Diagnose festgestellt ist. Er drainiert prinzipiell für einige Tage bei allen Operationen an den Gallenwegen. Sieben näher geschilderte Fälle sollen die Gefahren längeren Zuwartens erklären.

Herhold (Altona).

---

15) **A. Desjardins.** Étude sur les pancréatitis.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1905. 207 S.

D. bringt hauptsächlich von chirurgischen Gesichtspunkten aus eine ausführliche Darstellung der entzündlichen Pankreasaffektionen, ihrer Ätiologie und Pathogenese, pathologischen Anatomie, klinischen Zeichen, diagnostischen Merkmale und operativen Behandlung. Letztere — vorzugsweise bestehend aus einem ausgedehnten Schnitt entlang dem äußeren Rande des rechten geraden Bauchmuskels, Loslösung des Zwölffingerdarmes nach Kocher, genauer Besichtigung und Betastung des Pankreas, besonders seines Kopfteiles und der Gallenabflußwege, Cholecystektomie und Cystikektomie, Hepaticusdrainage, Rücklagerung des Duodenums, Vernähung des Bauchfelles, Tamponade — wird durch sechs Abbildung anschaulich erläutert. In der breiten Erörterung der Fettnekrose des Pankreas kommt Verf., dem es ähnlich wie Hildebrandt bei der Katze, beim Hunde gelang, durch Unterbindung der Pankreasvenen, nicht aber der Arterien oder aller Blutgefäße, Fettnekrose hervorzurufen, zu dem Schluß, daß dies Leiden nichts weiter sei als eine entzündiiche oder mechanische Hyperplasie des Drüsengewebes mit nachfolgender fettiger Degeneration und Fettembolien der benachbarten Lymphwege. — 51 Krankengeschichten aus der Literatur und eine Aufzählung von über 300 einschlägigen Arbeiten sind beigefügt.

G. Schmidt (Berlin).

---

16) **R. Wolff.** Über die Komminutivfrakturen der Handwurzel durch indirekte Gewalt.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1905. Nr. 2.)

Die aus Sonnenburg's Abteilung in Moabit hervorgegangene Arbeit behandelt ein praktisch recht bedeutsames Gebiet der Verletzungschirurgie und kommt unter Berücksichtigung der Literatur und besonders auch der Arbeit von de Quervain an der Hand von drei eigenen Fällen zu folgenden Ergebnissen:

Man sollte das Os naviculare lunatum und triquetrum für die Verletzungsfragen einheitlich als knöchernen Meniscus des Handgelenkes ansehen, da sie vorwiegend und meist vollständig zerstört werden, und zwar hauptsälich bei Fall auf die dorsalflektierte Hand. Am meisten geschädigt ist stets das Os naviculare; in schwereren Fällen ausnahmsweise auch Os triquetrum und pisiforme. Außer den Zwischenknochenbändern werden hauptsächlich Lig. radio-carpeum volare,

weiterhin auch das Lig. radio-carpeum dorsale verletzt. Einzelne Fragmente wirken oft als Fremdkörper und sind daher nicht selten Veranlassung zu deformierender Arthritis. Diese Erkenntnis mahnt dazu, von frühzeitigen Bewegungen (vor Ablauf von 3—4 Wochen) Abstand zu nehmen, die oft Reizerscheinungen auslösen.

Bei offenen Frakturen soll die Behandlung »in der primären Handgelenksresektion bestehen, die je nach dem Grade der Verletzung der Weichteile und Knochen mehr oder minder vollständig vorzunehmen ist«.

»Bei den subkutanen Frakturen, bei denen die Hand im Anfang oft schlottert, kann man sich exspektativ verhalten. Man hat die Hand in richtiger Stellung zum Vorderarme bei leichter Dorsalflexion zu fixieren und für baldige Mobilisation der Finger zu sorgen. Am Handgelenke trachte man deshalb vor allem, daß es zu einer festen Verheilung der losen Stücke kommt. Mit mobilisierenden Maßnahmen sei man deshalb vorsichtig.« Bleiben Schmerzen insbesondere bei der Arbeit zurück, so empfehle man dringend die Operation und entferne zur Vermeidung chronischer Gelenkentzündung die losen Stücke, bei Arbeitern möglichst frühzeitig.

Zwei Röntgenskizzen erläutern die eingehende Darlegung der oft verkannten und dann so folgenschweren Verletzung.

Stolper (Göttingen).

17) **T. H. Openshaw.** The treatment of severe curvation in the tibia by means of manuel osteoclasis.

(Lancet 1905. März 4.)

Verf. empfiehlt die manuelle Osteoklase bei rachitischer Verkrümmung der Unterschenkel, die er in ca. 40 Fällen mit angeblich sehr guten Erfolgen ausführte. Er gibt an, daß es ihm stets gelang, an der gewünschten Stelle, d. h. auf der Höhe der Beugekonvexität, die Unterschenkel auf einer keilartigen Unterlage zu brechen. Vor der Keilosteotomie hat nach Verf. die Operation, abgesehen von der Umgehung des blutigen Eingriffes, den Vorteil der Verlängerung des Beines, die dadurch entsteht, daß das distale Fragment mit der Kante auf dem proximalen aufsteht. Die obere Altersgrenze für die Osteoklase wird auf 10 Jahre angegeben.

Ref. möchte diese Empfehlung der Osteoklase von berufener Seite auf Grund eigener Erfahrungen keineswegs befürworten. Es entspricht keineswegs der allgemeinen Erfahrung, daß bei der Osteoklase die Unterschenkel stets auf der Höhe der Konvexität der Krümmung brechen; im Gegenteil pflegt gerade da wegen der erhöhten an die Stabilität des gebogenen Knochens gestellten Ansprüche eine besonders feste, sklerotische Knochenpartie sich zu finden, so daß der Knochen meist darüber oder darunter bricht, wobei leicht die untere Epiphyse der Tibia gelöst werden kann, da diese rachitischen Krümmungen ja meist an der oberen Grenze des unteren Tibiadrittels bestehen. Man muß Verf. insofern Recht geben, als die Enderfolge der Osteoklase

im allgemeinen schließlich gut sind, es kann jedoch nicht genug betont werden, daß selbst relativ schwere Verbiegungen bei zunehmendem Alter viel auswachsen und unauffällig werden können. Nach Ref. Ansicht ist die Operation der Wahl die »subkutane« Osteotomie, die allein es ermöglicht, den Ort der Fraktur genau zu bestimmen, und die auch dieselben Verhältnisse schafft, wie die schönste transversalste Osteoklase an der gewünschtesten Stelle. Eine keilförmige Osteotomie wird man natürlich wegen der Verkürzung nie einseitig machen. Nachteile aus der kleinen Wunde sind nicht zu ersehen, die Heilungsdauer ist dieselbe, d. h. im ersten Gipsverbande. Zu bemerken wäre noch, daß ein Blick auf das von Verf. der Arbeit beigegebene Skiagramm eines »typischen« Falles ergibt, daß die Fraktur sich keineswegs auf der Höhe der Krümmung der Tibia, sondern wesentlich darüber befindet, eine direkte Stütze der Ausführungen des Ref.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

---

18) **A. Blecher.** Über den Einfluß des Parademarsches auf die Entstehung der Fußgeschwulst.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 13.)

Die von Thalwitzer vertretene Ansicht, daß der Parademarsch eine der Hauptursachen der Fußgeschwulst (Syndesmitis, Periostitis, Fractura metatars.) der Soldaten sei, widerlegt B. u. a. durch den Hinweis auf die zahlenmäßige Häufigkeit des Leidens gerade in den Monaten, in welchen der Parademarsch ganz in der Diensteinteilung zurücktritt. Die Ursache der Fußgeschwulst liegt darin, daß beim ermüdeten, aber weiter marschierenden Soldaten die Stützmuskeln des Fußgewölbes nachgeben und die mittleren Mittelfußknochen unter der nun über sie hinweggehenden Körperlast einbrechen oder doch eine Beschädigung der Knochenhaut erleiden, die zur Entzündung führt. Der Parademarsch ist ein Mittel, das Leiden einzuschränken, insofern als er dazu dient, schwache Muskeln nach und nach zu kräftigen.

G. Schmidt (Berlin).

Kleinere Mitteilungen.

19) **Kelly.** Acid intoxication: its significance in surgical conditions.

(Annals of surgery 1905. Nr. 2.)

Verf. hat 400 Fälle chirurgischer Krankheiten auf das Vorkommen von Azeton und Acid. diaceticum im Urin beobachtet und dabei 46mal diese chemischen Substanzen nachweisen können. Unter diesen 46 Krankheiten handelte es sich 11mal um Appendicitis, 14mal um Kontusionen und Knochenbrüche, 2mal um Magenerkrankungen, 2mal um Karzinom usw. Sobald Azeton und Acid. diaceticum im Urin nachgewiesen wird, ist das Krankheitsbild ein schweres, es sind die Symptome der Säureintoxikation vorhanden. 0,02 g Azeton in 50 ccm Urin ist die physiologische Grenze. Die Urinprobe auf Azeton ist folgende: Zu 5 ccm Urin werden bis zur alkalischen Reaktion genügende Mengen Sodiumhydrat und ein Kristall Sodium nitroprussiate hinzugesetzt; durch nunmehriges Hinzufügen von Eisessigsäure zeigt sich die Anwesenheit von Azeton durch einen purpurfarbenen

Schaum. Die Gegenwart von Acid. diaceticum manifestiert sich durch eine burgunderrote Färbung, welche bei Zusatz einer stark verdünnten Eisenchloridlösung im Urin eintritt.

Die Ätiologie des Auftretens der genannten Säuren im Urin ist dunkel; nach einigen Autoren soll die Ursache in Fettsäuren beruhen, welche bei rapidem Zerfalle von Eiweiß im Urin gefunden werden; nach anderen soll die herabgeminderte Alkaleszenz des Blutes diese Zustände hervorrufen. Die Symptome sind außer dem süßlichen Mundgeruch: Apathie, schwacher Puls, Unruhe, Erbrechen; in schweren Fällen Cyanose und Stupor. Die Urinmenge ist in schweren Fällen vermindert. Es gibt leichte und schwere Krankheitsfälle dieser Art; die ersteren bessern sich innerhalb 2—3 Tagen, die letzteren endigen meistens tödlich.

Die Behandlung ist symptomatisch und stimulierend. Natr. bicarb. in größeren Dosen hatte keinen besonderen Erfolg; mehr schon das Adrenalin. chlorid., welches subkutan in einer Lösung von 1:50000, und zwar bei Kindern 200 ccm, bei Erwachsenen 500 ccm verabfolgt wurde. Gegen den Durst wurden mit Erfolg Kochsalzeingießungen in den Darm gegeben.

Nach K. ist der Anstieg von Azeton im Urin immer ein Zeichen für die Schwere der Krankheit. Die 46 beobachteten Fälle werden kurz am Schluß der Arbeit beschrieben. **Herhold** (Altona).

20) **C. Tonarelli** (Florenz). Contributo allo studio clinico ed istologico dei tumori dei muscoli.

(Clinica chirurgica Bd. X. Nr. 11.)

Bei einem 67jährigen Mann entstand spontan am rechten Vorderarm eine Geschwulst, welche innerhalb weniger Wochen rapid anwuchs und im Gebiete des Radialis Parästhesien auslöste. Pat. war im allgemeinen herabgekommen, doch war kein anderes Lokalleiden nachweisbar. — Die Geschwulst nahm das obere äußere Drittel des Vorderarmes ein, saß unter unveränderter Haut, die übrigen Teile des Armes, die Gelenke und ihre Funktionen waren normal, weder Cubital- noch Achseldrüsen tastbar. Die Geschwulst gehörte der Muskelmasse an, war gleichmäßig derb und nur mit den Muskeln verschieblich. — Eine Jodkur blieb ohne Einwirkung, worauf zur Operation geschritten wurde. Die äußeren Teile der Geschwulst ließen sich leicht auslösen, in der Tiefe aber saß sie fest in den Mm. supinator longus und radialis externus, welche reseziert werden mußten. Nach einigen Monaten waren in der Nähe der Narbe sowie subkutan am Bauch einige Knötchen aufgetreten, der Schwächezustand vorgeschritten, endlich starb der Kranke an Lungenödem. Der Obduktionsbefund ergab Karzinomatose, von einer primären, in den Muskeln sitzenden Geschwulst am Vorderarm ausgehend.

J. Sternberg (Wien).

21) **Kirchner.** Bösartiges Endotheliom.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1905. Hft. 1.)

Ein Unteroffizier erkrankte an Magen-, Kopfschmerzen und Doppelsehen. Im Verlauf eines Monates stellten sich kleine derbe Geschwülste an den verschiedensten Stellen des Körpers ein; sie saßen z. B. am Rumpf in der Haut, ferner in den Drüsen der Hals-, Kiefer- und Leistengegend, in der behaarten Kopfhaut und an der Zungenspitze. Außerdem traten am Kopfe, besonders in der Augengegend, umschriebene Knochenwülste auf; als Folgen solcher in der inneren Augenhöhle sich entwickelnden Knochengeschwülste wurden Augenmuskellähmungen beobachtet. Nach 2monatiger Krankheitsdauer ging Pat. zugrunde. Es zeigte sich, daß sämtliche Knoten und Geschwülste Endotheliome waren. Verf. konnte eine Muttergeschwulst nicht feststellen, glaubt vielmehr, daß es sich um eine im Blute kreisende Schädlichkeit parasitärer Art handelte, welche die Geschwülste an verschiedenen Körperstellen hervorrief. **Herhold** (Altona).

22) **Noon.** Cases from Mr. Bruce Clarke's wards.

(St. Bartholomew's hospital report Vol. XL. 1905.)

1) Sarkom des Vorderarmes mit auffallend langsamem Verlauf. 23jährige Pat. Nach einem Schlag auf den Unterarm vor 15 Jahren blieb eine Schwellung zurück, welche nach einem zweiten Trauma vor 9 Jahren ulzerierte; 2 Jahre später ergab die Untersuchung des exzidierten harten Geschwürsrandes Sarkom. Einige Monate später Amputation des Vorderarmes; in der Folge mehrfach Hämatombildung, Ulzerierung und Blutung aus dem Stumpfe, welche im Laufe der nächsten 3 Jahre zwei weitere Amputationen, die letzte im Schultergelenke, notwendig machten. Die mikroskopischen Untersuchungen der Rezidive ergaben Spindelzellensarkom mit anscheinend sehr geringer destruktiver Neigung.

2) Melanotisches Darmsarkom bei einem 54jährigen Manne, welches, ohne besondere Erscheinungen zu machen und ohne zu metastasieren, einen sehr großen Umfang angenommen hatte; die dunkelbraune Geschwulst ging von einem bestimmten Punkte des Dünndarmes aus und hatte auf etwa 8 cm Länge den Darm völlig zerstört, so daß der Kot durch einen, die schwarze mürbe Masse der Geschwulst durchsetzenden Kanal passierte; trotzdem waren nie Erscheinungen von Ileus oder Blutungen vorhanden gewesen. Tod 12 Stunden nach der Probelaparotomie.

3) Die 49jährige Pat. mit alter Femoralhernie hatte 8 Tage vorher einen Hühnerknochen verschluckt; innerhalb einiger Tage entstand an der Bruchstelle eine unbewegliche, auf Druck und spontan schmerzhafte, harte Schwellung mit ödematöser und geröteter Haut, ohne Einklemmungserscheinungen. Bei der Operation fand sich im eröffneten Bruchsack ein fast 4 cm langes Knochenstück, welches aus einer Öffnung in einer strangulierten Darmschlinge hervorsah. Die Laparotomie ergab, daß es sich um eine Richter'sche Hernie mit starken Verwachsungen am Bruchsackhalse handelte. Darmresektion. Heilung.

Mohr (Bielefeld).

23) **Pettit et Mouchet.** Sur un cas de lymphadénome à évolution irrégulière.

(Arch. de méd. expérim. 1905. Nr. 1.)

Fall von Lymphadenom des Halses mit einer eigentümlichen, unregelmäßigen Entwicklung in der Weise, daß scharf begrenzte regressive und progressive Phasen aufeinander folgten. Die 59jährige Pat. hatte zunächst eine umfangreiche Geschwulst über dem unteren Teile des Brustbeines mit Schwellung der Achseldrüsen; 4 Wochen später war jene völlig verschwunden und die Achseldrüsen deutlich kleiner geworden. Wiederum nach einigen Wochen erschien die Geschwulst vor dem Brustbeine von neuem und gleichzeitig mehrfache Geschwülste über der Gegend der Rippen und Schlüsselbeine. 3 Monate später war die prästernale Geschwulst mit der Haut verwachsen, die Drüsenmassen in der rechten Achsel mannskopfgroß, der Busen von harten, rötlichen Knoten durchsetzt, die supraklavikularen Drüsen stark vergrößert, der Allgemeinzustand sehr schlecht. 4 Monate später waren wieder sämtliche Geschwülste spurlos verschwunden, der Allgemeinzustand bedeutend besser, schließlich, 3 Monate später, die Haut wiederum von zahllosen Geschwülsten, über den ganzen Rumpf zerstreut, bedeckt. Von diesem Augenblick an nahmen die Geschwülste und die Kachexie beständig zu, bis zu dem 6 Monate später erfolgenden Tode. Bei der Sektion wurden Metastasen in den Nieren und im Netze gefunden. Der mikroskopische Befund entsprach einem Lymphadenom.

Mohr (Bielefeld).

24) **Elting.** The pathologie and treatment of tetanus.

(Albany med. annals 1904. Nr. 1.)

E. bespricht den augenblicklichen Stand der Pathologie und Behandlung des Tetanus, und berichtet über drei Fälle. Beim ersten handelte es sich um einen Tetanus, der 9 Tage nach einem sehr unsauber ausgeführten künstlichen Abort

einsetzte; es waren hohe Temperatursteigerungen vorhanden, am höchsten zur Zeit, wo die Tetanussymptome deutlich am Abklingen waren. Bemerkenswert sind die hohen Dosen des verwendeten Antitoxins: 2 Tage nach Beginn der ersten Symptome 6stündlich 10 ccm subkutan, später mehrfach 50 bezw. 100 ccm. Am wirksamsten erwiesen sich die nach Lumbalpunktion subdural eingespritzten Dosen, dreimal 50 ccm innerhalb 27 Stunden; vor der jedesmaligen Einspritzung schien Pat. in extremis zu sein, jedesmal 1—3 Stunden später starker Rückgang aller Erscheinungen. Im ganzen wurden etwa 1200 ccm subkutan und 150 ccm subdural eingespritzt, und zwar im Laufe von 16 Tagen. Die größte in 24 Stunden injizierte Menge betrug 300 ccm subkutan, 50 ccm subdural. Heilung.

Im zweiten Falle, einem sehr akut einsetzenden traumatischen Tetanus, wurden erst 36 Stunden nach Beginn mehrfache Dosen von 50 ccm subdural verwendet; auch hier jedesmal rasche Besserung, jedoch plötzlicher Tod in einem schweren Anfalle. Der Autopsiebefund an der subduralen Injektionsstelle zeigte völlig normale Verhältnisse am Rückenmark und seinen Häuten, und bewies also, daß 50 ccm subdural ohne eine erkennbare anatomische Schädigung des Markes eingespritzt werden können. Auch im Leben zeigten sich (wie auch in Fall 1) keinerlei Nebenwirkungen der verwendeten sehr hohen Dosen.

Ein dritter Pat. — sehr akuter traumatischer Tetanus, späte Behandlung — starb trotz hoher Dosen.

Verf. tritt dafür ein, möglichst hohe Antitoxindosen, und zwar bei schweren Fällen neben der subkutanen Einspritzung stets auch subdural, zu verwenden.

Mohr (Bielefeld).

25) **Poenaru-Caplescu.** Beiträge zum Studium des Stovains als lokales und intrarachidianes Anästhetikum.

(Revista de chirurgie 1905. Nr. 1.)

Für die lokale Anästhesie wurde das Stovain in der Klinik von Th. Jonnescu in 24 Fällen angewendet, und wurde in 20 Fällen vollständige Gefühllosigkeit erzielt. Es konnten auf diese Weise verschiedene Eingriffe, wie Exstirpation von Drüsen, Atheromen, eingewachsenem Nagel usw., bei Benutzung von 0,03—0,07 cg Stovain schmerzlos ausgeführt werden. Unangenehme Folgen hat das Mittel in keinem Falle gehabt; nur ein Pat. hat nach dem Eingriffe das Bewußtsein vorübergehend verloren und leichte tonische Kontrakturen gezeigt, was eher den Eindruck eines leichten epileptischen Anfalles gemacht hatte.

Auch durch Einspritzung in den Rückenmarkskanal wird, geradeso wie mit Kokain, Analgesie erzielt, und wurden auf diese Weise 46 Fälle operiert. Diese Einspritzungen bewirken nicht nur Anästhesie, sondern auch eine wirkliche Paraplegie der unteren Extremitäten, welche mit ersterer von gleicher Dauer ist. In einigen Fällen wurde Erbrechen und anale Inkontinenz im Laufe der Operation beobachtet. Kopfschmerzen traten in 9 Fällen auf, waren aber leichter und gingen rascher vorüber als es bei Rachiokokainisierten der Fall ist. Der Puls wird verlangsamt, außerdem hat das Mittel auch vasodilatatorische Eigenschaften.

E. Toff (Braila).

26) Die neuen Chloroformapparate vor der Pariser chirurgischen Gesellschaft und Académie de médecine.

Als langjährigen wissenschaftlichen Mitarbeiter des Drägerwerkes in Lübeck freute es Ref., den Dr. Roth-Dräger'schen Narkosenapparat (an dessen Sauerstoffreduzierventil er mitgewirkt[1]) im Herbst 1902 in Wiesbaden, Genf und London in Hospitälern zu demonstrieren und speziell in Paris einzuführen.

Im Frühjahr 1904 berichtete Kirmisson der Académie de méd. über 229 sehr gute Narkosen im Kinderspital, und Delbet lobte vor der Chirurgischen Ge-

---

[1] Le mal des altitudes (Höhenkrankheit). Observations faites pendant 13 jours au sommet du Montblanc. Progrès méd. 1900. Nr. 52; 1901. Nr. 4 u. 5.

sellschaft den Apparat dahin, daß er überhaupt die Verantwortung einer Narkose mit der Kompresse nicht mehr auf sich nehmen möchte.

Um bei Gesichtsoperationen die Narkose ohne Maske zu unterhalten, konstruierte Delbet eine Rachen- und Kehlkopfkanüle mit zwei Ausatmungsventilen, welche tadellos funktioniert. Gleichzeitig äußerten sich Lucas-Championnière, Quénu u. a. günstig über den Dr. Roth-Dräger. Ein böser Wind begann zu wehen über die alte, unphysiologische Kompresse; dies benutzten Schüler Paul Bert's, um dessen längst vergessene Titriermethode vermittels verbesserter Apparate wieder aufzuwecken.

Montprofit (Präsident des Pariser Chirurgen-Kongresses 1905) brachte aus London einen Apparat von Vernon-Harcourt, der mit Gemischen narkotisiert von 1—2 Liter Chloroformgas in 100 Liter Luft. (Da 8 g Chloroform 2 Liter Gas bilden, entspricht 8% Gewicht von P. Bert einem 2%igen Volumen.) Ricard fand diese 2%ige (Vol.) Mischung ungenügend für viele Fälle und ließ durch Collin diesen englischen Apparat verbessern. Reynier demonstrierte gleichzeitig einen ähnlichen Apparat, von Dupont verfertigt. Diese drei Apparate bestehen im wesentlichen aus einem Chloroformbehälter; am Deckel sind schließbare Löcher, durch welche Pat. Luft einatmet, welche mehr oder weniger mit Chloroformdämpfen sich sättigt. Eine Scheibenvorrichtung gestattet bei Ricard-Collin Luft einzuatmen ohne Chloroform; Ventile hindern, die ausgeatmete Luft wieder einzuatmen. Reynier-Dupont hingegen rühmt sich, keine Ventile zu benötigen, hat jedoch ein Thermometer, das bei Vernon-Harcourt ersetzt wird durch zwei schwimmende Kugeln zur Kontrolle der Chloroformtemperatur.

Reynier begann am 24. Januar 1905 die Diskussion folgendermaßen: Man beschuldigt bei Todesfällen zu oft die Empfindlichkeit der Pat., wo man lieber die Art des Narkotisierens anklagen sollte. Paul Bert erklärte folgendermaßen den Chloroformtod: Die Narkose und ihre Erscheinungen sind bedingt durch die Quantität Chloroform, welche in das Blut und in die Gewebe übergeht, und zwar entspricht die Spannung des Chloroforms im Blute ganz genau der Spannung der Chloroformdämpfe in der eingeatmeten Luft. Das will sagen, daß von einem Chloroform-Luftgemisch das Blut solange Chloroform aufnimmt, bis die Spannung der Chloroformdämpfe zwischen Blut und Einatmungsluft sich ausglich. Mit der Kompresse, wenn dieselbe, frisch angefeuchtet, zu nahe auf Mund und Nase gedrückt wird, atmet Pat. beinahe reine Chloroformdämpfe ein, welche direkt Nervenzellen beschädigen und dadurch plötzliche Todesgefahr hervorrufen können. Deshalb müssen Chloroformdämpfe stets mit bestimmten Quantitäten Luft gemischt dem Pat. dargereicht werden; Versuche an Tieren ergeben, daß 30 g Chloroform in 100 Liter Luft (30% Gewicht = 7% Vol.) einen Hund in 3 Minuten tötet, während ein Gemisch von 30 g in 250—300 Liter Luft (10—12% Gewicht = $2^1/_2$—3% Vol.) denselben Hund 3 Stunden in guter Narkose erhält; dann stirbt er. Ein Gemisch von 8 g Chloroform in 100 Liter Luft (= 2% Vol.) erzeugt nur langsam Anästhesie und tötet in 5 Stunden.

Diese Resultate haben sich vollkommen beim Menschen bewährt, und zwar im St. Louis Hospital mit den Apparaten von P. Bert und Raph. Dubois, welche einzig und allein verlassen wurden, weil zu kompliziert und zu teuer; deshalb konstruierte ich mit Dupont diesen handlicheren Apparat, womit ich bereits 125 Narkosen machte.

Ricard sagte: Mit meinem Apparate machte ich 200 gute Narkosen; er sieht dem Reynier-Dupont'schen ähnlich, besitzt jedoch Ventile, welche die Seele des Apparates bilden. Auf die Chloroformtemperatur lege ich keinen Wert; denn die Konzentration des Gemisches ist weit mehr abhängig von Zahl und Tiefe der Atmung; es ist Sache des Chloroformierenden, genau aufzupassen, daß Pat. stets die richtige Quantität Chloroform erhält. Wie mit den anderen Apparaten, ist auch mit meinem der Verlauf der Narkose ein regelmäßiger, das Erwachen leichter, der Chloroformverbrauch ein geringerer als mit der Kompresse. Die Handhabung ist einfach, man braucht nur auf die Ventile aufzupassen, und ohne Zweifel ist die Gefahr der Narkose bedeutend vermindert.

Reynier verurteilt die Atmungsventile; wenn dieselben einmal schlecht funktionieren, ist die ganze Geschichte verdorben; überdies versteht er nicht, wieso Ricard die Chloroformtemperatur vernachlässigen könne: in der gleichmäßigen Verdampfung des Chloroforms, unabhängig von der Atmungsamplitude, liege die Hauptsache seines Apparates, aber die Chloroformtemperatur sei zur genauen Mischung sehr wichtig.

Fig. 1.



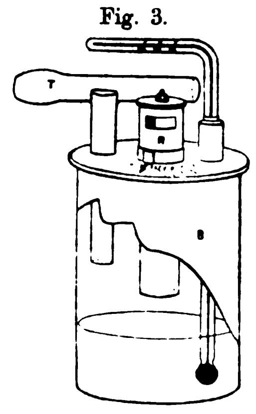
Raphal Dubois (verbesserter Paul Bert).

Fig. 2.



Waller (London). Luftstrom über Flanelldochte mit Chloroform durchtränkt.

Fig. 3.



Reynier-Dupont.

Fig. 4.



Ricard-Collin (verbesserter Vernon-Harcourt).

In der folgenden Sitzung ergriff das Wort

Lucas-Championnière: Wenn die absolut ungefährliche Narkose des Menschen durch bestimmte Gemische so einfach zu erreichen wäre, sei es unbegreiflich, warum die mit großen Kosten angeschafften Apparate P. Bert's so bald in Vergessenheit gerieten. Leider reagieren auf Chloroform nicht alle Pat. auf dieselbe Art und Weise; es ist daher unmöglich, im voraus zu bestimmen, welches Gemisch nötig ist, um den Pat. zu narkotisieren, und welches, um ihn zu töten. Diese »Zone maniable«, d. h. eine bestimmte Konzentration des Gemisches, welches allen Pat. paßt zur Narkose, ohne jemals tödlich zu sein, mag vielleicht für Tiere existieren (wird jedoch von Jaquet [Basel] geleugnet), für den Menschen existiert

dieselbe sicher nicht; abgesehen davon ist die Wirkung der verschiedenen Chloroformarten auf den Menschen eine oft verschiedene, selbst wenn ein chemischer Unterschied nicht konstatiert werden kann. Um sicher zu sein, muß jede Narkose langsam fortschreiten und mit großen Schwankungen der Chloroformdosis vor sich gehen können.

Deshalb müssen alle Apparate verurteilt werden, welche eine mechanisch vorbereitete Mischung von Chloroform und Luft dem Pat. darreichen, wenn man nicht sofort das Chloroform unterdrücken und dessen Dosis bis ins Unendliche verändern kann. Weg mit den Apparaten, von denen man behauptet, daß sie die Narkose ungefährlich machen; sie gestatten vielleicht eine regelmäßigere Chloroformzufuhr und vereinfachen das Narkotisieren, aber die Tätigkeit des Chloroformierenden muß stets die Hauptsache bleiben. Von einer ganz genauen Mischung kann überhaupt die Rede nicht sein, da die Chloroformverdampfung bei diesen Apparaten von der Temperatur und die Konzentration der Mischung von der Atmungsamplitude abhängt.

Ich kenne jedoch einen besseren Apparat, der ein neues Element, den »Sauerstoff«, in die Narkose hineinbringt, den Dr. Roth-Dräger mit Sauerstoffdosierung Dräger-Dr. Guglielminetti.

Dieser Apparat dosiert jeden Augenblick genau das Chloroform, gestattet die Tätigkeit des Chloroformierenden, sorgt für sauerstoffreichere Luftzufuhr und bewährt sich beim Gebrauche ganz vorzüglich. Die Narkosen verlaufen ebensogut als mit den anderen Apparaten. Einen großen Vorteil bilden: die unverändert bleibende rosige Gesichtsfarbe, langsames Einschleichen des Chloroforms, selteneres Erbrechen, verminderte Bronchienreizung, leichteres Erwachen, vollständiges Fehlen von Erstickungsanfällen durch Zungenschlucken, so daß nie mehr die Zungenzange gebraucht wird, während zu derselben Zeit, mit denselben Assistenten, mit demselben Chloroform, bei Narkosen mit der Kompresse die Zunge sehr oft herausgezogen werden mußte. Zudem hört der Chirurg stets seinen Pat. atmen, was äußerst beruhigend ist. Wenn die anderen Apparate einen Fortschritt bilden in der Darreichung des Chloroforms, so gründet Dr. Roth-Dräger eine neue Methode mit vielen Vorteilen, eine Methode, welche durch sich selbst gewisse Gefahren vermeidet, die dem best dosierenden Apparate stets anhängen werden.

Reynier zitierte hierauf eine Chloroformsynkope, weil sein Assistent $^3/_4$ Flasche Chloroform in 5 Minuten auf die Kompresse geschüttet hatte; einige Tage darauf chloroformierte ein besserer Assistent denselben Pat. und es genügte die halbe Flasche Chloroform zu einer $^5/_4$ Stunde langen guten Narkose.

Der unerfahrene Assistent hatte die »Zone maniable«, d. h. die erlaubte Grenze, überschritten, ergo existiert sie.

Den Sauerstoff, dem Lucas-Championnière soviel Gutes zuschreibt, hält er für geradezu gefährlich, da einige Lungen reinen Sauerstoff auf längere Zeit schlecht vertragen.

Lucas-Championnière erwiderte, daß man unmöglich alle Todesfälle durch zu große Chloroformdosis erklären könne: oft sei es der Fall, aber individuell verschiedene Empfindlichkeit existiere ohne Zweifel. Er bestehe deshalb auf dem großen Vorteil des Roth-Dräger'schen sichtbaren Tropfenzählers, der augenblicklich gestattet, das Chloroform zu unterdrücken, was mit dosierten Gemischen nicht so plötzlich der Fall sein kann.

Was den Sauerstoff anlangt, handle es sich um chemisch reinen, nie aber um unverdünnten Sauerstoff, und sei er mit vielen anderen Chirurgen schon seit langen Jahren mit dessen unleugbaren Erfolgen bei der Narkose überzeugt. Er meint sogar, daß Sauerstoff gewisse Chloroformunreinheiten unschädlich machen könne. Als Nachteile des Apparates seien sein Gewicht, seine Kompliziertheit, die Möglichkeit der Verstopfung der engen Röhren zu erwähnen; da er jedoch unstreitig viel mehr Sicherheit gewährt, darf mit seiner Anschaffung nicht gezögert werden, wenn man auch nicht vergessen darf, daß alle Ärzte lernen müssen, auch mit der Kompresse zu narkotisieren.

Routier, Berger und Potherat sprachen der alten Kompresse das Wort. Die Chloroformierenden sollen nicht zuviel auf die Apparate vertrauen. Bei etwas Unachtsamkeit hätte bei Hoffa (Berlin), wie Kirmisson mitteilte, ein Todesfall sich ereignet mit Dr. Roth-Dräger bei einem Pat., der klinisch gar nichts präsentierte, mit 10 Tropfen Chloroform pro Minute plötzlich cyanotisch wurde und starb; bei der Sektion hätte sich gar nichts Abnormes vorgefunden[2].

Delbet und Quénu behaupten, daß natürlich Aufmerksamkeit des Narkotisierenden nötig ist, aber daß Assistenten von gleichem Werte viel schneller und besser chloroformieren mit Roth-Dräger als mit Kompresse.

Tuffier schließt die Diskussion: Es könne nur eine längere Erfahrung über den Wert des Sauerstoffes belehren; bei seinen Blutdruckversuchen mit Hallion waren viel stärkere Schwankungen bei Narkosen mit Kompresse als mit Apparaten, welche Chloroform und Luft mischten und gewissermaßen dosierten.

Guglielminetti (Monte Carlo und Paris).

27) **A. Munteanu** (Bukarest). Abdominale Kontusion; Darmperforation; allgemeine Peritonitis. — Laparotomie. Heilung.

(Spitalul 1905. Nr. 4.)

Der Fall ist wieder ein Beweis dafür, daß selbst bei Verletzungen, welche Kotmassen in die freie Bauchhöhle gelangen lassen, selbst wenn bereits beginnende Peritonitis zu konstatieren ist, doch durch operatives Eingreifen Heilung bewirkt werden kann. Der 31jährige Pat., der an einem rechtsseitigen, schwer reponierbaren Hodensackbruche litt, erhielt einen Faustschlag auf denselben, hatte einen Ohnmachtsanfall, dann große Schmerzen, die binnen wenigen Stunden den ganzen Bauch einnahmen, Erbrechen, kleinen, sehr frequenten Puls, Temperatur 37,8; am 2. Tage 38,7, Puls 120, die Leberdämpfung war verschwunden. Die Laparotomie zeigte ein Stück Netz im Bruchsacke von fast brandigem Aussehen und mit Pseudomembranen bedeckt. Aus dem Bauchraum entleerte sich durch den Leistenkanal eine schmutzige Flüssigkeit, untermischt mit zahlreichen Pseudomembranen; ähnliche Membranen bedeckten das umgebende viszerale und parietale Peritoneum, welches kongestioniert und glanzlos erschien. Im Ileum, in der Nähe des Coecums, eine 50pfennigstückgroße Perforationsöffnung, aus welcher sich Kotmassen in die Bauchhöhle entleerten. Die Öffnung wurde durch eine Längsnaht geschlossen, die Bauchhöhle mit reichlichen Mengen künstlichen Serums ausgespült, drainiert und vernäht. Pat. konnte nach etwa 3 Wochen geheilt entlassen werden.

E. Toff (Braila).

28) **S. Lilienfeld.** Über subkutane Darmverletzung und ihre Behandlung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 133.)

Verf. teilt folgende fünf Fälle subkutaner Darmverletzung mit:

1) 65jähriger Arbeiter. Schlag mit einer Deichsel gegen den Unterleib. Operation nach 4 Stunden. Quere Durchreißung des Jejunum 1 cm abwärts von der Plica duodeno-jejunalis. Darmresektion. Tod an Peritonitis.

2) Ein Mann wurde von einer einstürzenden Mauer gegen den Bauch getroffen. Operation wurde zunächst verweigert, konnte dann erst bei schon bestehender diffuser Peritonitis vorgenommen werden. Zwei Perforationen des Dünndarmes. Darmresektion, Tod während der Operation.

3) 30jähriger Anstreicher. Fußtritt gegen die rechte Leistengegend. Laparotomie am 4. Tage. Perforation des Ileum. Diffuse Peritonitis. Vorlagerung der verletzten Schlinge, Drainage durch Gegenöffnungen. Tod nach 40 Stunden.

---

[2] Nach einem Briefe von Geh. Med.-Rat Hoffa fällt dieser Todesfall speziell dem Roth-Dräger gar nicht zur Last; es handelte sich um einen langjährigen Potator, der in der ersten Minute der Narkose verschied. Sektion ergab Atrophia fusca des Herzmuskels.

4) 43jähriger Tischlerwerkmeister. Wurde von der Schmalseite eines durch die Kreissäge fortgeschleuderten Brettes getroffen. Operation etwa 30 Stunden nach der Verletzung. Perforation des Blinddarmes. Allgemeine Peritonitis. Vorlagerung des Blinddarmes, Drainage durch Gegenöffnungen. Heilung.

5) 34jährige Schneidersfrau. Wurde von ihrem Manne gegen eine Bettkante geworfen. Laparotomie nach 4 Tagen. Sugillationen der untersten Ileumschlinge. Allgemeine Peritonitis. Anlegung einer Witzel'schen Fistel am Blinddarme. Tamponade. Heilung. **M. v. Brunn** (Tübingen).

29) **Traver.** Report of 30 operative cases of appendicitis.

(Albany med. annals 1904. Nr. 2.)

Mitteilung einiger ungewöhnlich verlaufener Fälle von operierter Appendicitis.

Appendicitis traumatica. Bei dem vorher stets gesunden Pat. entwickelte sich nach einer schweren Quetschung der Ileocoecalgegend ein großer traumatischer Bruch; in den nächsten Monaten waren andauernd Verstopfung, häufige Schmerzanfälle in der Ileocoecalgegend und eine sehr druckschmerzhafte Geschwulst daselbst vorhanden; 6 Monate nach dem Unfalle trat ein typischer Anfall von akuter Appendicitis auf. Bei der Operation wurden Netz und Därme in der Blinddarmgegend in alte, feste Verwachsungen eingebettet gefunden, Wurmfortsatz perforiert; Heilung. — Für den direkten Zusammenhang der Appendicitis mit dem Trauma spricht 1) die dem Krankheitssitze genau entsprechende Stelle des Traumas, 2) die auf das Trauma folgende entzündliche Geschwulst der Blinddarmgegend, 3) die sofort nach dem Unfall einsetzenden und bis zu dem akuten Anfall andauernden Symptome in der Blinddarmgegend, 4) die bei der Operation gefundenen festen, alten Verwachsungen, während vor dem Unfalle nie eine Entzündung dieser Gegend bestanden hatte. **Mohr** (Bielefeld).

30) **E. Haim.** Über die Perforation des runden Magengeschwürs.

(Sonder-Abdruck aus der Zeitschrift für Heilkunde 1905.)

Wien, **Wilhelm Braumüller,** 1905. 89 S.

H. berichtet über acht in der chirurgischen Abteilung des Kaiser Franz Josef-Spitals in Wien (Lotheissen) zur Beobachtung gelangte Fälle unter Zuziehung und Besprechung der Literatur, und zwar besonders von 72 Fällen, die noch in keiner Statistik zusammengefaßt sind.

Daß die meisten Perforationen bei Frauen bis zum 30. Lebensjahre vorkommen, bei Männern dagegen bis zum 50., erklärt H. einmal aus den nahen Beziehungen der Chlorose zum Magengeschwür, andererseits aus den verschiedentlichen Schädigungen der Lebensweise bei Männern. In beiden Fällen spielt die Hyperchlorhydrie eine große Rolle. Die älteste Pat. mit Perforation in H.'s Statistik ist eine 70jährige Frau, die auch genesen ist.

Die akut perforierende Form der Magengeschwüre muß zu den Seltenheiten gerechnet werden. Eine vorherige Latenz der Symptome ist dagegen nicht so selten. Der Füllungsgrad des Magens scheint für die Perforation keine wesentliche Rolle zu spielen. Perforationen infolge eines direkten Traumas gehören zu den Seltenheiten, häufig sind sie dagegen bei gleichzeitiger Anspannung der Bauchwand und des Zwerchfells (Lastenheben usw.). Mehrmals fand H. vor der Perforation eine auffällige Steigerung der schon lange bestehenden Magenbeschwerden, außerdem auch Erbrechen, Ohnmachtsanfälle u. dgl. Im Verlaufe der Perforationen unterscheidet er drei Phasen: 1) Geschwürsperforation an sich, 2) die mechanische Reizung des Bauchfells seitens des Mageninhaltes, 3) Peritonitis. — Den initialen Schmerz erklärt Verf. als durch Reizung des Peritoneum parietale durch den Mageninhalt hervorgerufen. Erbrechen ist ein häufiges Symptom der Perforation, offenbar durch den Reiz der zerrissenen Serosa hervorgebracht. Blutig ist das Erbrechen nur selten. Reflektorisch wird nach der Perforation die Bauchmuskulatur und der Magen kontrahiert, so daß eine kleine Perforationsstelle jedenfalls für kurze Zeit dadurch geschlossen werden kann. Bei besonders heftigem Kollaps hat es sich in den bearbeiteten Fällen auch meist um besonders große Perforations-

öffnungen gehandelt. Eine Periode des Wohlbefindens nach den ersten stürmischen Erscheinungen ist des öftern beobachtet worden. Spannung der Bauchdecken soll nach Verf. bei Perforationen besonders lange anhalten und gerade auch bei Auftreibung des Leibes noch bestehen bleiben. Dem Fehlen der Leberdämpfung kann kein zu großer Wert beigemessen werden. Das Zeichen von English, daß bei einem allgemeinen Schweißausbruch infolge Magenperforation gerade die Haut des Epigastrium am meisten mit Schweiß bedeckt ist, bedarf noch der Nachprüfung. Das Herz scheint auf die pathologischen Vorgänge im Leibe bei Frauen viel eher zu reagieren als bei Männern.

Hinsichtlich der Operationsaussichten geht aus H.'s Zusammenstellung wieder hervor, daß die Aussichten desto besser sind, je zeitiger zur Operation geschritten wird, und umgekehrt. Außerdem waren auch in H.'s Fällen bei sehr großen Perforationsöffnungen die Aussichten schlechter als bei kleinen. Ferner haben die Perforationen an der Hinterwand und an der kleinen Kurvatur einen langsameren und günstigeren Verlauf als solche der vorderen Magenwand. Auch kommen bei erstgenanntem Sitz öfters abgesackte Abszesse zur Entwicklung; allerdings stellen sich auch öfters Komplikationen ein (Pyämie usw.), an denen die Kranken später zugrunde gehen können. Sicher ist, daß einfache Übernähung der Perforationsstelle zur vollständigen und dauernden Gesundung genügen kann. Auch alleinige Tamponade hat oft genügt, besonders beim Sitz an der kleinen Kurvatur. Empfehlenswert erscheint die Resektion des Geschwürs zusammen mit Gastroenterostomie. Zur Nachbehandlung empfiehlt Verf. stets die Drainage anzuwenden, und zwar auch des kleinen Beckens entweder von der Scheide oder von einem suprapubischen Schnitt aus.

Am Schluß der Arbeit stehen die Krankengeschichten der erwähnten 72 noch nicht statistisch verwerteten Fälle und dann noch ausführlicher die acht Beobachtungen aus dem Kaiser Franz Josef-Spital. **E. Moser** (Zittau).

31) **H. S. Clogg.** Congenital hypertrophic stenosis of the pylorus.
(Practitioner 1904. November.)

In ausführlicher Weise unter genauer Berücksichtigung der in der Literatur beschriebenen Fälle werden Symptomatologie, Prognose, Therapie besprochen. Verf. ist der Ansicht, daß die Erkrankung durch eine nervöse Störung hervorgerufen wird, die einen Krampf der Pylorusmuskulatur bedingt. Betreffs der Therapie sind vier verschiedene Operationsmethoden erwähnt: Pylorektomie, Loreta's Verfahren der Eröffnung des Magens und Dehnung des Pylorus, Pyloroplastik und Gastroenterostomie. Unter den 33 erwähnten Fällen wurde 6mal die Pyloroplastik ausgeführt mit 4 Heilungen, 10 Todesfällen; 10mal Loreta's Operation mit 6 Heilungen, 4 Todesfällen; 17mal die Gastroenterostomie mit 7 Heilungen, 10 Todesfällen; die einmal von Stiles ausgeführte Pylorektomie wird als zu eingreifend verworfen. Da die Beschwerden durch die Gastroenterostomie am besten beseitigt werden, wird diese Methode am wärmsten empfohlen, und zwar soll die Vereinigung nicht mittels Murphyknopfes, sondern stets durch die Naht hergestellt werden. **Jenckel** (Göttingen).

32) **Shaw and Elting.** Pyloric stenosis in infancy; report of a case.
(Albany med. annals 1905. Nr. 1.)

11monatiges Kind, welches seit 5—6 Monaten häufiger erbrach und stark abmagerte. In letzter Zeit trat regelmäßig 10—30 Minuten nach jeder Mahlzeit Erbrechen ein. Magenspülungen, Diätwechsel, Magensonde ohne Erfolg. Leib eingesunken, Magen erweitert, Pylorusgeschwulst nicht festzustellen. Im Erbrochenen fehlte stets Galle, andauernde Verstopfung. Operationsbefund: Magen stark erweitert, Pylorus auf 2½ cm Länge stark verhärtet und verdickt, keinerlei Verwachsungen oder sonstige Zeichen eines entzündlichen Prozesses in der Umgebung. Vordere Gastroenterostomie nach Kocher, Erbrechen nach der ersten Nahrungsaufnahme am nächsten Tage trat nicht ein und hörte innerhalb 4 Wochen allmählich ganz auf. Heilung.

Die Verff. fanden in der Literatur 145 Fälle bei Kindern unter einem Jahre; 66 von diesen wurden durch Autopsie bestätigt, 40 operiert, 27 kamen ohne Operation zur Heilung, 12 starben, ohne daß ein Autopsiebefund vorläge. Bei Besprechung der Pathogenese heben Verff. hervor, daß in 86 Fällen entweder bei der Operation oder bei der Sektion eine wirkliche, starke Verdickung des Pylorus gefunden wurde, daß also die Pfaundler'sche Theorie des Pylorospasmus als einzige Ätiologie des Leidens für viele schwere Fälle nicht zutrifft. Nur 27 von den 104 intern behandelten Kindern genasen (72% Mortalität), dagegen 17 von den 39 chirurgisch behandelten (56% Mortalität). Nur in einem Falle wurde eine Pylorektomie ausgeführt, mit tödlichem Ausgange. Von 19 Gastroenterostomierten kamen 7 durch, von 8 mit Pyloroplastik 5, von 11 mit Loreta'schen Operationen 5. Das geeignetste Verfahren ist die vordere Gastroenterostomie.

Mohr (Bielefeld).

33) L. A. Diwawin. Die Gastrostomie nach Marwedel.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1904. [Russisch.])

In der Klinik von Bobrow (Moskau) wird prinzipiell nach der Marwedelschen Methode gastrostomiert.

Die Operation wird meist unter Chloroform ausgeführt. Mit der ersten Einfuhr von Nahrung wird mindestens 6 Stunden gewartet, womöglich ein paar Tage. Nach dem 8. Tage (einmal am 16.) wird das Drain definitiv entfernt und die Nahrung mit Hilfe eines Glasrohres, ähnlich einem weiblichen Katheter, eingeführt.

Nach den Erfahrungen Bobrow's hält die Fistel zuverlässig so dicht, daß auch bei Husten und starkem Pressen kein Mageninhalt austritt, was am besten dadurch bewiesen wird, daß niemals Ekzem o. dgl. in der Umgebung der Fistelöffnung beobachtet worden ist. Der Mitteilung liegen acht Fälle zugrunde; ein neunter erlag nach 3 Tagen den durch das Ösophaguskarzinom im Brustkorb angerichteten Verwüstungen. **V. E. Mertens** (Breslau).

34) N. Pitt. On some obscure cases of cancer of the stomach, in which the main symptoms have been unconnected with that organ.

(Practitioner 1905. April.)

17 durch die Autopsie sichergestellte Fälle von primärem Magenkarzinom werden beschrieben, bei denen die Erscheinungen seitens des Magens vollkommen fehlten und die Metastasen das Krankheitsbild beherrschten. 7mal bestand starker Ascites und pleuritischer Erguß, in 3 Fällen war der Darm durch Krebsmassen zu einem dicken Knäuel verlötet, in 2 war vollkommener Darmverschluß vorhanden, in 2 anderen Fällen multiple Abszesse innerhalb der Bauchhöhle; 2 hatten zu schwerer Anämie und einer zu einer Geschwulst in der rechten Iliacalgegend geführt, die für eine Ovarialgeschwulst gehalten wurde. Die Ausbreitung des Magenkarzinoms in den benachbarten Lymphwegen wird eingehend besprochen und darauf hingewiesen, daß sehr oft die supraclaviculären Drüsen, besonders linkerseits hinter dem Sternocleidomastoideus, befallen sind und so das erste Symptom für das Bestehen eines Carcinoma ventriculi abgeben. **Jenckel** (Göttingen).

35) Oberst. Zur Kenntnis des primären Magensarkoms.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 477.)

Ein 25jähriger Landwirt erkrankte unter Erscheinungen, die mit Bestimmtheit auf ein rundes Magengeschwür zu deuten schienen. Bei der schließlich vorgenommenen Laparotomie fand sich jedoch eine faustgroße Geschwulst der Pylorusgegend, die in die Leber hineingewachsen war. Gastroenterostomie. Tod nach 4 Tagen. Die Sektion ergab keine Metastasen. Histologisch fand sich ein Rundzellensarkom, das vom Bindegewebe der Submucosa seinen Ausgang genommen hatte.

M. v. Brunn (Tübingen).

36) **Ward.** Lipoma of the intestine.

(Albany med. annals 1904. Nr. 1.)

Bericht über drei Fälle von Darmlipom.

Beim ersten wurde nach anhaltenden, für Gallensteinkolik gehaltenen Anfällen eine eiförmige, 10 cm lange Lipommasse durch den After entleert, welche vermutlich von einem Lipom an der Innenfläche des Darmes stammte.

Die beiden anderen Kranken kamen zur Operation:

1) 50jährige Frau mit andauernden Leibschmerzen und Verstopfung. Bei der Operation fand sich eine Darminvagination und an der Spitze der eintretenden Schlinge eine Geschwulst im Darminnern. Resektion der Invagination. Die Geschwulst war ein 6 cm langes Lipom des Jejunums. Heilung.

2) 29jährige Pat., welche seit einem Jahr an Kolikanfällen mit Verstopfung litt, die als Appendicitis gedeutet wurden. In der rechten Darmbeingrube eine orangengroße, bewegliche, anscheinend dem Blinddarm angehörige Geschwulst; es bestand keine Kachexie. Operationsbefund: Geschwulst nahe der Ileocoecalklappe, welche breit von der Submucosa ausging und gegen die Darmlichtung vorsprang; sie wurde nach Inzision des Darmes exstirpiert und die Darmwunde wieder geschlossen. 8 cm langes Lipom. Heilung.

Aus der Zusammenstellung von 34 Literaturfällen (10mal spontaner Abgang, 9mal Autopsiebefund, die übrigen operiert) erhellt, daß die Geschwulst je 1mal in der Speiseröhre und im Magen saß, je 2mal im Dünndarme (nicht genauer festgestellt), der Flexur und im Mastdarme, je 4mal im Duodenum und Jejunum, je 5mal im Ileum und Kolon, 2mal retrorektal; der häufigste Sitz ist also im Dünndarme. Darminvagination wurde 12mal beobachtet. Die Exzision der Geschwulst aus dem Darme wurde 13mal ohne Todesfall ausgeführt, wogegen von 5 Fällen von Darmresektion 2 tödlich endeten. **Mohr** (Bielefeld).

37) **M. Donati.** Sopra un caso di carcinoma primitivo dei dotti biliari alla porta hepatis.

(Arch. per le scienze med. Bd. XXVIII.)

D. beschreibt einen Fall von primärem Karzinom am Zusammenfluß des Ductus cysticus, hepaticus und choledochus. Die 38jährige Frau wurde wegen vollständigen Gallenverschlusses operiert; da sich kein Stein, sondern die Geschwulst vorfand, wurde die Cholecystostomie ausgeführt. Tod 5 Wochen darauf an Inanition. Die Geschwulst zeigte eine hochgradige interstitielle Bindegewebsentwicklung; die relativ geringen epithelialen Massen waren meist zylindrisch, teils kubisch abgeplattet. D. hat 33 analoge Fälle in der Literatur gefunden und versucht sie als »C. del punto di confluenza dei grossi dotti biliari« von den anderen Geschwülsten der Gallenwege zu sondern. **A. Most** (Breslau).

38) **T. Jonnescu** (Bukarest). Hydatidencyste des Pankreas.

(Chirurgische Gesellschaft in Bukarest, Sitzung vom 17. November 1904.)

Der betreffende 44jährige Kranke bot eine etwa orangengroße Geschwulst zwischen Epigastrium und rechtem Hypochondrium dar. Die transversale Beweglichkeit war ziemlich groß, vertikal bewegte sie sich inspiratorisch mit der Leber. Der Allgemeinzustand des Kranken war ein schlechter, kachektischer, es hatte sich Ikterus entwickelt und gingen Fette unverdaut mit dem Kot ab. Bei der Operation fand man eine Echinokokkencyste des Pankreaskopfes, die während der Manipulationen einriß. Die Membran wurde extrahiert, der Inhalt der Höhle mit sterilen Kompressen ausgewischt und das Ganze genäht und versenkt. Nach dem Eingriffe verschwand der Ikterus, der Zustand besserte sich, auch die Verdauung von Fetten wurde eine bessere. **E. Toff** (Braila).

39) **Traver.** Cysts of the mesentery.

(Albany med. annals 1904. Nr. 1.)

Das 5jährige Kind erhielt vor 2 Jahren einen starken Stoß gegen den Leib; seit einem Monat Anschwellung des Leibes: weiche, elastische, frei bewegliche

Geschwulst in der Nabelgegend, einige Monate darauf akute Ileuserscheinungen. Die Operation zeigte eine Gekröscyste, welche sich so um sich selbst gedreht hatte, daß die zugehörige Darmschlinge verschlossen war; außerdem wurden drei kleinere Cysten gefunden. Darmresektion mitsamt der Cyste, Tod. Inhalt der Cyste: eiweißhaltiges, alkalisches Serum, mikroskopisch zahlreich Cholestearinkristalle; die Wandung bestand aus hyalinem Bindegewebe (1 Abbildung).

Mohr (Bielefeld).

40) **H. Balme** and **A. Reid.** Notes on achondroplasia (chondrodystrophia foetalis).

(Practitioner 1904. Dezember.)

Beschreibung eines Falles von Achondroplasie, bei dem in ausgesprochener Weise die Verkürzung der Extremitäten im Verhältnis zum normal entwickelten Rumpfe, die Breite der Knochen, die pilzförmige Verbreiterung der Diaphysenenden an Armen und Beinen, die Größe und Breite des Schädels zutage trat. Im Gegensatze zu Rachitis ist die Epiphyse frei von Veränderungen, die Knorpelfuge normal entwickelt und scharf, wie die der Arbeit beigefügten Röntgenbilder zeigen. An den Händen und Füßen waren die Karpal- resp. Tarsalknochen normal, die Metakarpen und Phalangen jedoch verkümmert und verbreitert. Interessant ist die Vorgeschichte. Die Mutter des 12jährigen Knaben war 44 Jahre alt, als sie dem Pat. das Leben schenkte; sie hatte neunmal geboren, zuletzt vor 6 Jahren im 3. Monat abortiert. Von den lebend zur Welt gebrachten acht Kindern starben zwei an Konvulsionen, eins an Diphtherie, eins an Masern und Bronchitis, die übrigen vier sind gesund. Während der letzten Schwangerschaft blieb die Menstruation nicht aus, war regelmäßig alle 4 Wochen. Der Knabe ward in Steißlage geboren und zeigte einen kolossalen Kopf sowie sehr dünne Extremitäten. Die ersten Gehversuche wurden im Alter von 1 Jahr 9 Monaten angestellt, da das Kind sehr fett war. Später rasche Entwicklung. Mit 10 Jahren wurde der Knabe erst in die Schule geschickt, da er vorher wegen seines Aussehens zu sehr von den anderen Kindern geneckt und verspottet wurde. Aus den der Arbeit beigefügten Abbildungen sind die Veränderungen gut ersichtlich. **Jenckel** (Göttingen).

41) **N. Raw.** Scurvey rickets with spontaneous fracture of three long bones.

(Practitioner 1904. Dezember.)

Beschreibung eines zum Tode führenden Falles von Barlow'scher Krankheit bei einem 2jährigen Kinde. Über dem linken Parietal- und Occipitalbeine befand sich eine enorme Schwellung, die bei der Inzision helles flüssiges Blut erkennen ließ. Drei ähnliche Schwellungen wurden über dem linken Humeruskopfe, der Mitte der linken Hüfte und im unteren Drittel der rechten Tibia gefunden. An diesen drei Stellen ließen sich subperiostale Hämorrhagien sowie Spontanfrakturen der sehr weichen Knochen nachweisen. Der Magen zeigte bei der Autopsie in toto eine eigenartige weiche, fahlgelbe, gelatinöse Beschaffenheit.

Jenckel (Göttingen).

42) **Lissauer.** Ein Fall von Ostitis fibrosa.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1905. Nr. 2.)

Ein 36jähriger Mann, der 8 Jahre zuvor an Malaria gelitten, nie syphilitisch war, dagegen ein myelogenes Sarkom am Mittelglied des rechten Zeigefingers hatte, seit 8 Jahren über immer schlechter werdendes Gehvermögen klagt, zusehends kleiner wird, schließlich beim Besteigen der Straßenbahn durch Fall einen Schenkelhalsbruch erleidet, stirbt 3 Jahre später, ohne je wieder recht gehfähig geworden zu sein. Unter schlagartigen Schmerzanfällen traten Knochenverdickungen auf: nach dem Röntgenbilde periostale Auftreibung mit subperiostalen, aufgehellten Streifen am Schienbein. An der Speiche fand L. »eine ganze Reihe von kleinen Verdickungen, die perlschnurartig aneinander saßen«. Spontanfraktur des linken Unterschenkels. L. empfahl die Unfallrente.

Die Obduktion wurde nicht gemacht! Sie »beschränkte sich auf die Herausnahme einiger (!) Knochenstücke«.

Herr Dr. **Fischer** (Bonn) berichtet über diese: »An allen finden sich die Zeichen hochgradigen Knochenschwundes mit gleichzeitiger Umwandlung des Knochenmarkes in faseriges, von zahlreichen alten und frischen Blutungen durchsetztes Gewebe. Am Finger findet sich im Knochenmark ein Riesenzellensarkom; doch zeigen die anderen Knochen keinerlei Metastasen dieses Tumors«. »Makroskopisch zeigten, nach L., die erkrankten Partien ein weiches, blaurötliches Gewebe, das an der Peripherie von einer dünnen Knochenschale umgeben war. Die Knochen waren außerordentlich brüchig«. Fraktur des Humerus an der Leiche.

L. sagt: »Nach dem Sektionsbefunde kann es wohl keinem Zweifel unterliegen, daß wir es mit einem reinen Falle von Ostitis deformans sive fibrosa zu tun haben« und »obwohl der Fingertumor Sarkomatose wahrscheinlich machte, so hat der Sektionsbefund auch dies widerlegt«.

Dazu muß Referent bemerken, daß diese Sätze kein pathologischer Anatom rückhaltlos unterschreiben wird. **Stolper** (Göttingen).

43) Wissenschaftliche Mitteilungen der Heilanstalt für Unfallverletzte in Breslau.

Den Leserkreis des Zentralblattes werden aus dieser Festschrift anläßlich der Übersiedelung in ein neues Eigenheim vornehmlich die Beiträge von **Heintze** und von dem leider so früh dahingegangenen H. **Wagner** interessieren.

H. berichtet einmal über den funktionellen Erfolg ausgedehnter **Thiersch**'scher Transplantationen bei Unfallverletzten, sowie über 26 Fälle von Pseudarthrose, die meist durch Knochennaht zur Heilung gebracht wurden. Photographien und Röntgenbilder demonstrierten die recht guten Resultate.

Ein selten großes Material aber liegt zugrunde der Arbeit von **Heintze**, »Über die operative Behandlung veralteter Ellbogenverletzungen«, die ebenfalls mit Röntgenbildern erläutert wird. Die Erfolge nehmen mit den besten von **Bunge** mitgeteilten Resultaten den Vergleich auf. In allen 6 Fällen wurde dem Arm eine leidliche Gebrauchsfähigkeit wiedergegeben. Es handelte sich immer um mehr oder weniger ausgedehnte Frakturen des unteren Oberarmbeinendes; zweimal war damit eine Verrenkung des Unterarmes nach hinten verbunden. Stets wurde die Resektion nach **Bruns** — partielle Resektion des unteren Humerusendes von einem Bilateralschnitt aus — gemacht; schon nach 8 Tagen wurde der erste, feste Gipsverband durch einen mit feststellbaren Scharnieren ersetzt. Mehrmals täglich wurde die Stellung des Armes geändert, vom 12. Tage ab begannen bereits aktive Bewegungen, verbunden mit passiven Beugungen und Streckungen durch elastischen Zug und Gewichtsbelastung. In 3 Wochen heilten die Wunden.

W.'s Beitrag behandelt die Differentialdiagnose von Arthritis tuberculosa und Arthropathie tabétique im Röntgenbilde des Mittelfußes.

Stolper (Göttingen).

44) **Cobb.** Interscapulothoracic amputation.

(Annals of surgery 1905. Nr. 2.)

Wegen eines periostalen Riesenzellensarkoms wurde nach der Methode **Berger**'s der ganze Schultergürtel nach vorheriger Resektion des äußeren Drittels des Schlüsselbeines und Unterbindung der A. und V. subclavia entfernt. In die Nervenstämme des Plex. brachialis wurden vor der Durchschneidung einige Tropfen einer schwachen Kokainlösung injiziert, um etwaige chokartige Erscheinungen zu vermeiden. Pat. erfreute sich 7 Monate hindurch ungetrübten Wohlseins; dann ging er an einer metastatischen Pleuritis zugrunde.

In dem entfernten Schultergürtel sah man einige Venen thrombosiert, und glaubt Verf., daß diese Thromben die Veranlassung für die Metastase gewesen seien. Pat. hatte die Operation erst vornehmen lassen, als aus der Geschwulst des

Armes ein Stück geschnitten und mikroskopisch die bösartige Neubildung festgestellt war. C. meint, daß diese vorherige Inzision die Veranlassung zu den Thromben und damit auch zu der Metastase gegeben habe.

Herhold (Altona).

45) **Nota.** Un caso di osteosarcoma della scapola sinistra; asportazione completa dell' osso.

(Giorn. di R. accad. di med. di Torino 1904. Nr. 11 u. 12.)

Bei einem 46jährigen Manne fand N. ein enormes Osteosarkom des Schulterblattes, welches wahrscheinlich von der Basis der Spina scapulae seinen Ausgang genommen hatte. N. exstirpierte das ganze Schulterblatt mit Erhaltung der oberen Extremität; die Bicepssehne wird an den Trapezius nahe am Schlüsselbein genäht, der Delta mit dem Trapezius und beide mit dem Rhomboides, Teretes usw., kurz alle Muskeln sorgfältig in Schichten vereinigt; die Gelenkkapsel wird ebenfalls an den Trapezius genäht. Nach der Heilung vermochte Pat., wie Abbildungen zeigen, den Arm aktiv um etwa 30° zu abduzieren, wenn die Hand sich dabei auf den Thorax stützte, ferner die Rückfläche der Hand hinten bis zum Kreuz zu bringen.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

46) **F. Kohlhaase.** Beitrag zur operativen Behandlung der habituellen Schultergelenksluxation.

Inaug.-Diss., Rostock, 1904.

Den von Francke besprochenen Fällen von habitueller Schulterverrenkung fügt Verf. eine Zusammenstellung der während der Jahre 1898—1904 erschienenen einschlägigen Veröffentlichungen, sowie zwei Beobachtungen der Rostocker chirurgischen Klinik hinzu, bei welchen die Gelenkkapsel freigelegt und durch Raffnähte verkleinert wurde. Der eine, nach 4 Monaten nachuntersucht, war geheilt geblieben. — Verf. kommt, wie Francke, zu dem Schluß, daß die Hauptursache für die habituelle Schulterverrenkung in der Kapselerweiterung zu suchen ist. Die 16 bekannt gewordenen Operationen, u. zw. sowohl die Exzision, als das Übereinandernähen der Wundränder und die Faltung, führten zu einem funktionell guten Ergebnis, soweit bei der zum Teil nur kurzen Beobachtungsfrist ein abschließendes Urteil möglich ist. Wo infolge des Abbruches größerer oder kleinerer Stücke des Pfannenrandes eine einfache Kapselverkleinerung nicht ausreicht, ist die Hildebrand'sche Operation der Pfannenvertiefung am Platze.

G. Schmidt (Berlin).

47) **C. Deutschländer.** Über Automobilfrakturen.

(Sonderabdruck a. d. Zentralblatt für phys. Therapie, Diätetik usw. 1905. Januar.)

D. beobachtete zwei Kontusionsverletzungen des pronierten distalen Unterarmgebietes durch den Rückschlag der Automobilkurbel beim Andrehen des Motors. Bei dem einen 19jährigen Kranken heite die dadurch hervorgerufene Lösung der unteren Radiusepiphyse, da keine erhebliche Verschiebung bestand, unter der sofort eingeleiteten Bewegungs- und Massagekur anatomisch und funktionell gut aus. Bei dem zweiten Kranken waren beide Vorderarmknochen in der unteren Epiphysengegend gebrochen und stark verschoben. Doch wurde auch hier nach den gleichen Behandlungsgrundsätzen ein leidliches Ergebnis erzielt. — Röntgenbilder sind beigefügt. Verf. betont ihren Wert bei der richtigen Erkennung dieser Automobilkontusionen.

G. Schmidt (Berlin).

48) **Russ.** Fracture of the carpal scaphoid, with habitual dislocation of the central fragment.

(Annals of surgery 1905. Nr. 2.)

Es handelt sich in dem vorliegenden Falle, wie durch das Röntgenbild nachgewiesen wurde, um einen alten, durch Pseudarthrose geheilten Bruch des Kahn-

beines. Das proximale, etwa erbsengroße Bruchstück konnte bei gewissen Bewegungen der Hand deutlich fühlbar verschoben und ebenso leicht wieder in seine alte Stellung zurückgebracht werden. Besondere Beschwerden hatte Pat. beim Arbeiten nicht.

Herhold (Altona).

49) **N. Athanasecu.** Ein Fall von innerer Blutung und Beckenfraktur, Laparotomie, Ligatur der Iliaca int., Heilung.

(Spitalul 1905. Nr. 4.)

Obige Verletzung entstand durch ein rollendes Faß, welches den 16jährigen Pat. gegen ein anderes, feststehendes, gedrückt hatte. Die Blutung hatte das ganze, die Arteria iliaca interna umgebende Bindegewebe infiltriert und war bis hoch hinauf in die Gewebe gedrungen. In den ersten Tagen nach der Operation war die Schwäche, trotz vorgenommener Einspritzungen künstlichen Serums, eine sehr große, doch erholte sich Pat. und wurde, mit Ausnahme einer leichten Beckendifformität infolge der stattgehabten Fraktur des Os pubis, vollkommen wieder hergestellt.

E. Toff (Braila).

50) **F. Hesse.** Ein Fall von Fractura pelvis mit Luxatio centralis.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

Verf. berichtet über einen in der Kieler chirurgischen Klinik beobachteten Fall von Pfannenbruch mit Verlagerung des unversehrten Schenkelkopfes und der Beckenbruchstücke nach innen (Ursache: Sturz 15 m herab mit der Hüfte auf eine feste Unterlage). Obgleich alsbald in Narkose der Schenkel in normale Stellung gebracht und dann längere Zeit Zugverbände angelegt wurden, war nach 6 Wochen nach dem Röntgenbild eine erhebliche Verbesserung der Stellung der Bruchstücke nicht eingetreten. Verkürzung 1,5 cm; aktive Beweglichkeit stark beschränkt. — In der klinischen Bewertung der einzelnen Krankheitszeichen nehmen einen großen Teil die differentialdiagnostischen Erörterungen, insbesondere gegenüber Schenkelhalsbruch ein.

G. Schmidt (Berlin).

51) **O. E. Rechenberg.** Ein Fall von Luxatio femoris centralis.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904. 25 S.

Einer Zusammenstellung der bisher in der Literatur niedergelegten Beobachtungen von zentraler Hüftgelenksverrenkung fügt R. einen Fall der Kieler chirurgischen Klinik hinzu. Das beigegebene Röntgenbild zeigt eine gänzliche Zusammenhangstrennung der Pfannengegend mit starker Verschiebung der Bruchstücke und des Schenkelkopfes. Trotz der Schwere der Verletzung wurde durch schonende Reposition in Narkose und Zugverband ein leidliches Ergebnis erzielt.

G. Schmidt (Berlin).

52) **G. Ninni** (Neapel). Disarticolazione della coscia destra per mixosarcoma telangettasico del femore a decorso febbrile rapidissimo.

(Giorn. internat. delle soc. med. T. XXVI. 1904.)

Bei einem 15jährigen Knaben, der sich bei einem geringfügigen Anlaß einen Oberschenkelbruch zugezogen hatte, zeigte sich als Ursache desselben ein außerordentlich rasch wachsendes Sarkom mit Blutungen in die Geschwulst und hohem Fieber. N. exartikulierte das Bein in der Hüfte auf folgende Weise: Hohe Unterbindung der Vasa cruralia mittels Längsschnitt. Von diesem aus Durchtrennung der Haut und Fascie zirkulär, mit etwas peripher gerichtetem Bogen, so daß der Schnitt etwa 17 cm unterhalb der Gesäßfalte fällt. Im Niveau der retrahierten Haut Durchtrennung der oberflächlicheren Muskellagen; ein Assistent faßt die stärker blutenden Stellen mit langen Klemmen. Ebenso Durchtrennung der tiefen Muskeln im Retraktionsniveau. Ablösung der Muskelansätze von den Trochanteren und Eröffnung der Kapsel mit demselben Messer. Luxation des Femurkopfes. Auslösung des Gliedes hart am Knochen. Der anämische Kranke überstand die Operation gut. Auch in einem zweiten Falle (septische Gangrän) bewährte sich

dieser — sich übrigens an bekannte Methoden wohl eng anlehnende — Operationsmodus gut. **A. Most** (Breslau).

53) M. v. Brunn. Coxa vara im Gefolge von Ostitis fibrosa.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 344.)

Bei einem 10jährigen, ungewöhnlich entwickelten Mädchen, das in seinem 4. Lebensjahre nacheinander beide Oberschenkel und im 9. Jahre den rechten Unterschenkel gebrochen hatte, waren vom 7. Lebensjahre ab Verkrümmungen der Oberschenkel entstanden, die zur Zeit der Aufnahme zu einer geradezu monströsen Verunstaltung im Sinne einer Coxa vara geführt hatten. Die Beine kreuzten sich derart, daß bei maximaler Abduktion die Entfernung der einander zugekehrten äußeren Knöchel 19,5 cm betrug. Die genauere Untersuchung mittels Röntgenbild ergab, daß an der Verbiegung der Schenkelhals nur z. T. schuld war. Die stärkste Verbiegung lag beiderseits subtrochanter. Auf der rechten Seite wurde die Stellung durch subtrochantere Keilosteotomie verbessert, wodurch Material zur histologischen Untersuchung gewonnen wurde. Diese ergab eine Rarefizierung der Knochensubstanz durch wucherndes Bindegewebe, das alle Markräume ausfüllte. Am linken Beine trat eine Spontanluxation im Hüftgelenk ein, wodurch sich die Stellung erheblich besserte. (Selbstbericht.)

54) H. Sommer. Zur Frage der Resektion bei malignen Knochengeschwülsten der unteren Extremität.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

Wegen eines vom Mark ausgegangenen Rund- und Spindelzellensarkoms wurden einer jungen Frau in der Kieler chirurgischen Klinik 15 cm des Femur reseziert und die Knochenenden mittels eines Elfenbeinstiftes vereinigt. 2 Jahre später ließ sich an der Operationsstelle immer noch abnorme Beweglichkeit nachweisen; doch war kein Rezidiv aufgetreten, obwohl damals die in die Kniekehle eingebrochene Neubildung nur mit Mühe von den großen Gefäßen losgelöst werden konnte. — Die Resektion gibt bei sorgfältiger Auswahl deutlich abgegrenzter Fälle nicht mehr Rezidive als die anderen Verfahren, wohl aber eine erheblich bessere Funktion. Auch gibt der Kranke eher dazu seine Zustimmung. Das Auftreten von Metastasen vermögen auch die eingreifenderen Operationen nicht zu verhindern. Selbst die prognostisch ungünstigeren periostalen Sarkome sind der Resektion zugänglich, so lange sie noch abgegrenzt sind. Die Ausdehnung der vorzunehmenden Resektion stellt nur in Ausnahmefällen eine Gegenanzeige dar.

G. Schmidt (Berlin).

55) Gessner. The Matas operation for aneurism.

(Annals of surgery 1905. Nr. 1.)

Verf. führte bei einem an Aneurysma der Kniekehle leidenden Neger die von Matas angegebene Operation aus, über welche im Zentralblatte bereits referiert ist und welche darin besteht, daß nach Spaltung des Sackes unter Esmarch's Blutleere die Öffnungen der in das Aneurysma mündenden großen Gefäße im Grunde des Sackes mit Chromcatgut genäht werden. Die gespaltene Wand des Sackes wurde zur Hälfte genäht und das Übrige mit Gaze austamponiert. Nach Lösung des Schlauches mußten noch einige Gefäße unterbunden werden, im übrigen verlief die Operation günstig, und konnte Pat. später umhergehen, ohne daß eine Pulsation in der Kniekehle zu fühlen war, und ohne daß das operierte Bein erheblich anschwoll. **Herhold** (Altona).

56) H. Köhler. Zur Kasuistik der seitlichen Kniegelenksluxation.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

Bei einer Frau entstand durch einen Fall 2,5 m herab eine völlige Verrenkung des Unterschenkels nach außen bis zu beinahe rechtwinkliger Valgusstellung. Die

Einrichtung gelang ohne Narkose und ohne Morphium. Durch bald einsetzende vorsichtige Bewegungs- und Übungsbehandlung wurde im Laufe mehrerer Monate fast völlige Wiederherstellung der Gebrauchsfähigkeit des Knies erzielt. Verf. nimmt an, daß die Kreuzbänder und das innere Seitenband zerrissen waren.

G. Schmidt (Berlin).

57) **J. Heim.** 43 Fälle von Genu valgum adolescentium.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

In der Kieler chirurgischen Klinik kommt das Redressement des Genu valgum bei geringerer Deformität, bei jüngeren Menschen, beim Sitz der Verkrümmung in der Tibia zur Anwendung (20 Fälle). Ältere Personen, schwerere Verbildungen werden der suprakondylären Osteotomie unterzogen (23 Fälle). Diese lieferte stets ein glänzendes Ergebnis, das sich auch bei der Nachprüfung von Bestand zeigte. Dagegen bewährte sich das Redressement nur bei ganz geringer Valgusstellung (bis zu 15°).

G. Schmidt (Berlin).

58) **Huntington.** Case of bone transference.

(Annals of surgery 1905. Nr. 2.)

Infolge Osteomyelitis war bei einem Kinde die ganze Schienbeindiaphyse verloren, so daß obere und untere Epiphyse 5 Zoll voneinander entfernt standen. H. durchsägte nun die Fibula in der Höhe des unteren Randes der oberen Epiphyse und pflanzte das herübergebogene untere Wadenbeinstück in die obere Schienbeinepiphyse. Mit dem Erfolge noch nicht zufrieden, überpflanzte er dann nach 9 Monaten auch in ähnlicher Weise das untere Wadenbeinende. Der überpflanzte Knochen nahm nach und nach erheblich an Länge und Dicke zu, so daß Pat. in fast normaler Weise gehen und laufen konnte.

Herhold (Altona).

59) **Winslow.** Symmetrical inflammation of the epiphyseal beak of the tibia.

(Annals of surgery 1905. Nr. 2.)



W. beobachtete bei einem 14jährigen Knaben eine beiderseitige Entzündung des schnabelförmigen Fortsatzes der oberen Schienbeinepiphyse. Da Schlatter zuerst darauf hingewiesen hat (ref. Zentralblatt für Chirurgie 1903), daß die Tuberositas tibiae aus zwei später zusammenwachsenden Knochenkernen entsteht (*a*, *b*), von welchen der eine schnabelförmig von der oberen Tibiaepiphyse abgeht, der andere an der vorderen Fläche der oberen Diaphyse liegt, bezeichnet W. diese Entzündung des Schnabelfortsatzes als Schlatter's Krankheit. In dem von W. geschilderten Falle kam es zur Operation und wurde an dem Fortsatze der Knochen in geringer Ausdehnung weich und schwammig befunden. Nach Auskratzen heilte der Prozeß mit guter Funktion der Beine. Zwei den rarefizierenden Prozeß erläuternde Röntgenbilder sind beigegeben.

Herhold (Altona).

60) **Lissauer.** Sekundäre Verbiegung des Unterschenkels nach Fraktur.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1905. Nr. 3.)

Ein 20jähriger Arbeiter mit Bruch beider Unterschenkelknochen trat 5 Monate nach der Verletzung wieder in Arbeit, hatte keine wesentliche Dislokation und war mit 10% Rente zufrieden. $1^1/_2$ Jahr später wurde die Bruchstelle empfindlich für Druck und Belastung, fühlte sich heiß an, in der Tiefe kleine Verdickungen. Keine Weichheit des Knochens. Ein weiteres Jahr später »starke« Verbiegung des Knochens, der »rekurviert«. L. sieht es als eine Ostitis mit Schwund der Kalksalze an und setzt den Fall in Analogie mit der rarefizierenden Ostitis der Wirbelsäule von Kümmell. (Ob mit Recht, bleibt dahingestellt. Ref.)

Stolper (Göttingen).

61) Bettmann (Leipzig). Über eine Absplitterung aus der Corticalis des rechten Fersenbeines.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1905. Nr. 3.)

B. bezeichnet seine Mitteilung als einen Beitrag zur Vielgestaltigkeit der Fersenbeinbrüche und bezeichnet seine Verletzung als einen Kompressionsbruch des Fersenbeines. Es ist nach dem Röntgenbilde ein längliches Knochengebilde, an der Unterfläche desselben gelappt, das mit der Spitze nach der Spitze des Fußes sieht, nach hinten in das Tuber calcanei übergeht. Es war alsbald nach dem Unfall nicht nachweisbar, erst $1^1/_4$ Jahr später, als der Pat. immer lebhafter über Beschwerden klagte, fand B. es, durch Tastung und Röntgen. Pat. war von einer Stufe abgerutscht, mit dem rechten Fuße nach außen umgeknickt. Die Deutung als Kompressionsbruch ist deshalb nach des Ref. Ansicht anfechtbar. Sollte es sich nicht vielmehr um Abriß eines Fragmentchens durch das Kapselband zwischen Kahn- und Fersenbein handeln, wodurch ein ossifizierender Prozeß in diesem ausgelöst wurde?

Die operative Entfernung des Knochenstückchens erzielte Heilung.

Stolper (Göttingen).

62) Trendel. Über die Luxatio pedis sub talo.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 360.)

Aus der v. Bruns'schen Klinik teilt Verf. eine komplizierte Luxatio pedis sub talo nach innen mit gleichzeitiger Fraktur des Collum tali mit, bei der erst nach Exstirpation des Talus die Reposition gelang. Im Anschluß daran referiert er über die in der Literatur bisher niedergelegten Beobachtungen. Es sind das 70 Verrenkungen in seitlicher Richtung (40 nach innen, 16 nach außen, 9 nach innen und hinten, 5 nach außen und hinten) und 12 in sagittaler Richtung (7 nach hinten, 5 nach vorn). Eine statistische Übersicht über diese Fälle und eine Würdigung der einschlägigen anatomischen Verhältnisse vervollständigt die Arbeit. Frakturen scheinen sich mit der Luxatio pedis sub talo häufiger zu verbinden, als man bisher wußte. **M. v. Brunn** (Tübingen).

63) M. Schwarzschild. Indirekte Fraktur an dem Köpfchen der Metatarsalknochen. (Aus dem Bürgerhospital zu Köln.)

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 42.)

In dem beschriebenen Falle war durch Fehltreten beim Aufspringen auf das Trittbrett eines Straßenbahnwagens, wobei Pat. mit dem linken Fuße zu Boden glitt, letzterer von dem Wagen getroffen wurde und der Gestürzte eine heftige Rotationsbewegung nach rechts ausführte, eine dorsale und laterale Luxation der vier ersten Zehen, eine Absprengung des medialen Stückes des ersten Metatarsusköpfchens und ein Bruch der drei mittleren Metatarsalia dicht unterhalb der Capitula erfolgt. Nach Beseitigung der Großzehenverrenkung wurde nach der Bardenheuer'schen Methode eine Extension (Pflasterschleifen über den ganzen Fuß und über jede einzelne Zehe; Zugschnüre deckenwärts über Rollen) angelegt (s. Bardenheuer's Leitfaden). Die Streckbehandlung hatte nach Ausweis des Röntgenbildes vollen Erfolg; Konsolidation ohne Dislokation trat in 14 Tagen ein, Pat. ging dann bald fast ohne Beschwerden. **Kramer** (Glogau).

64) H. Kaposi. Pseudospastische Parese.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 287.)

Einem 22jährigen Schlosser fiel, während er sich in gebückter Stellung befand, ein 4 kg schwerer Hammer auf den Kopf. Er stürzte bewußtlos zusammen und bekam klonische Zuckungen sämtlicher Muskeln des Körpers, die erst nach 2 Stunden etwa nachließen. Verletzungen des Kopfes waren nicht nachweisbar. Während der klinischen Beobachtung wiederholten sich ganz ähnliche Krampfanfälle noch zweimal, während in der Zwischenzeit eine Übererregbarkeit derart bestand, daß

beim geringsten Anlaß der ganze Körper für einige Minuten von einem Schütteltremor befallen wurde. Dieser erschwerte auch in hohem Grade jede selbständige Bewegung, so daß Pat. vollständig arbeitsunfähig wurde.

Das Krankheitsbild wurde »von einem der erfahrensten Neurologen« als typische traumatische Hysterie aufgefaßt, doch stimmt Verf. dem nicht bei, weil sofort nach dem Schlage die eigentümlichen Krämpfe einsetzten. Obwohl sich eine organische Verletzung nicht direkt nachweisen ließ, hält es Verf. doch für wahrscheinlich, daß an der Erschütterung des Schädels auch das Gehirn teilgenommen hat, und daß vielleicht gerade das Krampfzentrum in der Medulla oblongata am stärksten geschädigt wurde. **M. v. Brunn** (Tübingen).

65) H. Kaposi. Totale Abreißung der Gesichtsmaske.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 280.)

Eine 54jährige Frau glitt beim Anzünden einer Laterne mit der Leiter, auf der sie stand, aus und blieb an dem Haken, welcher der Leiter zum Halt dienen soll, mit dem Kinn hängen. Es wurde ihr der gesamte Unterkiefer und die ganze Gesichtsmaske bis zur Stirn hinauf abgerissen. Die Augen blieben unversehrt. Es gelang, die Frau am Leben zu erhalten und die riesige Wunde durch mehrfache Eingriffe, Transplantationen, Plastik, Exstirpation der sublingualen und submaxillaren Speicheldrüsen, zur Heilung zu bringen. Eine Prothese sorgte für ein menschliches Aussehen. Die Ernährung mußte anfangs mit der Sonde vorgenommen werden, später lernte Pat. wieder schlucken. Auch die anfangs unmögliche Sprache wurde wieder einigermaßen verständlich. Ein Ersatz des Unterkiefers wurde nicht versucht, da die Pat. jeden diesbezüglichen Eingriff ablehnte.

M. v. Brunn (Tübingen).

66) M. v. Brunn. Die symmetrische Schwellung der Tränen- und Mundspeicheldrüsen in ihren Beziehungen zur Pseudoleukämie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 225.)

Aus der v. Bruns'schen Klinik werden zwei neue Fälle von symmetrischer Schwellung der Tränen- und Mundspeicheldrüsen mitgeteilt, von denen der eine (22jähriges Dienstmädchen) keine weiteren Besonderheiten bot, während der andere mit einer lymphatischen Pseudoleukämie, einer Aplasie des Knochenmarkes und einer schweren Anämie kompliziert war. Die genaue Blutuntersuchung wurde von Fauconnet ausgeführt.

Aus einem Vergleiche dieses Falles mit den in der Literatur niedergelegten Beobachtungen ergibt sich, daß der Symptomenkomplex der symmetrischen Schwellung der Tränen- und Mundspeicheldrüse in klinisch und histologisch gleicher Weise ohne und mit gleichzeitigen pseudoleukämischen Symptomen vorkommt. Da eine fortlaufende Beobachtungsreihe von den isolierten symmetrischen Schwellungen der Tränen- und Mundspeicheldrüsen über Fälle mit gleichzeitigen Lymphdrüsen- und Milzschwellungen bis zu begleitenden Blutveränderungen schwerster Art führt, so scheint dem Verf. kein Grund vorzuliegen, eine strenge Scheidung dieser nur graduell voneinander unterschiedenen Fälle vorzunehmen. Es ist vielmehr wahrscheinlich, daß die symmetrischen Drüsenschwellungen mit der Pseudoleukämie eine gemeinsame Ursache haben, deren Natur jedoch noch völlig unbekannt ist. Wahrscheinlich handelt es sich um ein infektiöses Agens, das auf hämatogenem Wege zu den Drüsen gelangt. (Selbstbericht.)

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

// Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,

in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 20. **Sonnabend, den 20. Mai.** **1905.**

(Aus dem Friedrich Wilhelms-Hospital zu Bonn.)

Zur Technik der Amputatio penis.

Von

Dr. **Peter Janssen.**

Zwei Momente sind es, welche bei der Amputation des Penis vornehmlich ins Gewicht fallen und besondere Aufmerksamkeit erfordern: die Verhinderung der gewöhnlich erst nach längerer Zeit sich einstellenden Verengerung des neugebildeten Orificium externum urethrae und die Kosmetik des Penisstumpfes.

Die Verengerung der Harnröhrenöffnung hat man vermeiden gelernt durch die manschettenförmige Umkrepelung des überstehenden Urethrastumpfes, durch die Fixation der Urethrawand an die Tunica albuginea der Schwellkörper, die vermöge ihrer Unnachgiebigkeit eine dauernde Entfaltung der Harnröhrenwand gewährleisten soll, und ganz besonders durch die Längsschlitzung der freipräparierten Urethra an ihrer Unterseite auf etwa 1 cm hin und Vereinigung ihrer Schleimhaut mit der äußeren Haut.

Sehr viel größer sind die Schwierigkeiten, einen Penisstumpf zu gestalten, der — unter Voraussetzung der genügenden Weite des Orificium — eine Entleerung des Urins ermöglicht, welche ohne Beschmutzung des Skrotum, der Oberschenkel und der Kleider vor sich geht, und der den Besitzer in etwas noch an frühere Zeiten erinnert: durch die erhaltene, wenn auch verkürzte Form des Penis und eine, wie früher, an der Spitze gelegene Öffnung desselben.

Die bisher geübten Methoden der Amputation des Penis lassen diesen kosmetischen Erfolg mehr oder weniger vermissen. Der Narbenzug verlegt nach nicht langer Zeit das Orificium, welches meist nur mit der lockeren Haut vernäht wird, an die Unterseite des Penis, an der es immer weiter nach hinten rückt, um schließlich fast an der Basis des Gliedes Halt zu machen.

Das Aussehen eines solchen Stumpfes ist meist ein sehr häßliches; die Pat. sind in hohem Grade unzufrieden mit den Beschwerden, die sich bei der Entleerung des Urins einstellen und die sie zwingen, die sonderbarsten Körperhaltungen einzunehmen, um sauber zu bleiben. Der psychische Effekt dieser Unannehmlichkeiten läßt sich leicht ermessen. Zu diesem treten vielfach in mehr oder weniger langer Zeit die durch die häufige Benetzung verursachten äußerst quälenden Ekzeme der Genitalhaut.

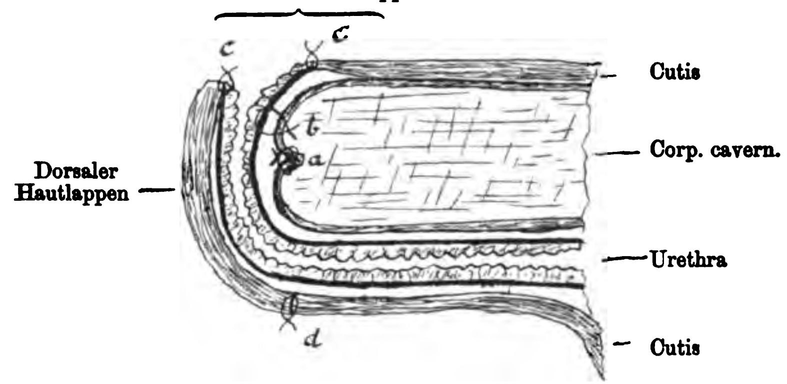
Es ist daher wohl am Platze, eine von Witzel erdachte Methode der Amputation des Penis mitzuteilen, welche mehrere ganz vorzügliche Erfolge aufzuweisen hatte.

Dieses Verfahren macht sich gerade den Vorgang, welcher früher meist die häßlichen Verunstaltungen des Organes veranlaßte — den Narbenzug — zum Nutzen. Daß das zu schildernde Verfahren nur bei den pathologischen Vorgängen (Tumoren, tiefgreifenden Ulcera usw.) anzuwenden ist, welche im gesunden Teile des Penisschaftes zu operieren gestatten, bedarf wohl keiner besonderen Erwähnung. Im anderen Falle bleibt nach wie vor die Exstirpation des gesamten Penis und die Verlagerung des Orificium an das Perineum zu Recht bestehen; ein Eingriff, welcher bei alten Leuten event. unter Entfernung des die Harnentleerung behindernden Skrotum nebst Inhaltes vorzunehmen wäre.

Das operative Vorgehen ist folgendes.

Unter Anwendung des abschnürenden Schlauches wird, selbstverständlich weit im Gesunden, eine ausgedehnte ovaläre Durchtrennung der Haut vorgenommen, derart, daß ein oberer Lappen

dadurch entsteht, der sich gewöhnlich ohne weitere Ablösung nach oben zurückschlagen und zurückhalten läßt. Die Arteria dorsalis penis und die Venen werden an der Basis des Hautlappens aufgesucht und unterbunden. Es folgt an der Basis des Lappens die quere Durchtrennung der Schwellkörper von oben her bis auf die Urethra. Letztere wird einige Zentimeter weiter distal durchschnitten. Der Verschluß der Schwellkörper geschieht durch isoliertes Vernähen der Albugineaänder jedes einzelnen Corpus cavernosum, jedoch nicht in der bisher üblichen Weise quer, sondern so, daß die Nähte, vertikal verlaufend, eine horizontale Nahtlinie bilden; die Urethra wird somit schon indirekt dorsalwärts gehoben (s. Abb., *a*). Nunmehr wird durch eine zu versenkende Seidennaht das vorstehende Urethraende nach oben hin abgebogen, so daß es in einem nach vorn konvexen Bogen über den vernähten Stumpf der Penisschwellkörper



Plastik bei Penisamputation nach Witzel.

verlagert wird. Die zur Befestigung angelegte Naht faßt, die Albuginea der Schwellkörper und das dorsale periurethrale Gewebe durchgreifend, die obere Urethrawand, ohne die Schleimhaut zu verletzen. Die Mündung des Urethralstumpfes liegt beim Schluß der Naht — s. Abb. bei *b* — an der Basis des oberen, noch zurückgehaltenen Hautlappens. Etwas distal der Basis dieses Lappens wird nunmehr ein querer, etwa $^3/_4$ cm langer Hautschnitt angelegt. Durch diesen wird die Urethra hindurchgeführt. Ihre Wand wird an der ursprünglich nach unten gerichteten Seite auf etwa $^1/_2$ cm aufgeschlitzt und das neue Orificium externum durch Vernähung der Umrandung der Urethramündung mit der Haut hergestellt (Abb., *c*). Alsdann wird der Hautlappen heruntergeklappt, event. zugeschnitten und mit der Haut an der Unterseite des Penisschaftes vereinigt (wie bei *d*). Wenige Nähte genügen. Um eine Hämatombildung zu vermeiden, muß für eine wider Erwarten erfolgende Nachblutung der Abfluß ermöglicht werden.

Bei der Durchsicht der Literatur wurde ein Verfahren — von Stokes 1881 angegeben — gefunden, welches ebenfalls eine Lappenbildung aus der Haut des Penisschaftes und Durchführung des Urethralschlauches an der Basis des Lappens vorsieht. Der Hautlappen wird jedoch der Unterseite des Penis entnommen, und so wird schon von vornherein eine Hypospadie gebildet, deren immer weitere Entwicklung klar liegt.

Diese Hypospadie soll gerade durch das oben geschilderte Verfahren vermieden werden. Die zunächst vorhandene, durch die versenkte Naht erreichte Epispadie wird allmählich durch den Narbenzug, welcher die Harnröhrenmündung nach der Unterseite zu ziehen bestrebt ist, verringert. So wird die Mündung endlich auf die Kuppe des Penisstumpfes verlagert, ein weiteres Hinunterrücken aber durch jene versenkte Anheftung des Urethralschlauches an die Dorsalseite der Schwellkörper verhindert.

Die Form des Penisstumpfes ist eine vorzügliche, weil die Narbe nicht über die Höhe des Stumpfes, sondern an der Unterfläche verläuft, und weil durch zweckmäßiges Zuschneiden des dorsalen Lappens die häßlichen Hautfalten vermieden werden können. Die Urinentleerung geht vor sich genau wie bei dem intakten Penis. Die Einlegung eines Dauerkatheters bis zur Vollendung der Heilung ist nicht notwendig.

---

1) **A. Steffen.** Die malignen Geschwülste im Kindesalter.

Stuttgart, **Ferdinand Enke,** 1905.

Verf. gibt in dem sehr übersichtlich gehaltenen Buch eine Beschreibung der beim Kinde vorkommenden bösartigen Geschwülste. Die Besprechung geschieht nach den einzelnen Organen geordnet. Den Beginn der verschiedenen Kapitel bildet eine Kasuistik, in der die in der Literatur beschriebenen, sowie die vom Verf. selbst beobachteten Fälle zusammengestellt werden. Im Anschluß daran finden die pathologische Anatomie, der klinische Verlauf, die Prognose und die therapeutischen Maßnahmen eine eingehende Erörterung.

Durch die sehr ausführlich gehaltene Kasuistik wird das Buch zu einem bedeutsamen literarischen Schatz, indem wir darin alle wesentlichen und interessanten bisher beobachteten Fälle finden, wenn wir natürlich auch keinen Anspruch auf absolute Vollständigkeit machen dürfen.

Nicht weniger interessant sind die Kapitel, welche sich mit der pathologischen Anatomie beschäftigen. Wir erhalten hierin eine genaue Darstellung von Vorkommen, Sitz, Verbreitung usw.

Die Kapitel über Prognose und Therapie kommen etwas schlechter fort, was ja aber auch dem Gegenstand entsprechend nicht zu verwundern ist.

Im ganzen erscheint das Buch als ein dem Chirurgen sehr willkommenes Nachschlagebuch, dessen Lektüre und Studium dringend zu empfehlen sind. **Silberberg** (Breslau).

2) **K. Büdinger.** Die Einwilligung zu ärztlichen Eingriffen.
Wien, **F. Deuticke,** 1905.

Verf. bespricht die rechtliche Stellung des Arztes seinen Pat. gegenüber, seine Pflichten und die rechtliche Bedeutung seiner Handlungen. Zum Zweck operativer Eingriffe ist die Einholung der Einwilligung des Pat., der Angehörigen usw. in ausgedehntestem Maße unbedingt notwendig. Bezüglich der Art des Leidens und der mit einem Eingriff verbundenen Gefahren soll der Arzt niemals hinter dem Berge halten, dabei aber auch nicht durch zu krasse Schilderung vor den Kopf stoßen. Es ist dies um so notwendiger, da überall dem Arzte bezw. dem operierenden Arzte Schranken auferlegt sind und derselbe nach unseren heutigen Gesetzen sehr leicht gerichtlich zu fassen ist, ihm selbst aber das Gesetz nur sehr unvollkommen zur Seite steht. In höchst interessanter und dankenswerter Weise hat sich Verf. der Aufgabe unterzogen, diese juridisch schwierigen Punkte genau zusammenzustellen und die dabei stets für den Arzt drohenden Gefahren hervorzuheben. Das Nähere muß im Original nachgelesen werden, ganz besonders die Schwierigkeiten, mit denen ein Arzt zu kämpfen hat, um die Einwilligung zu Operationen bei Pat. ohne eigenen Willen zu erlangen. Dies ist bisweilen unmöglich nach dem Gesetzesbuchstaben. Dennoch kann unter Umständen der Arzt wieder der Nachlässigkeit beschuldigt werden. Der Inhalt des Buches ist kurz folgender:

Das erste Kapitel behandelt das Wesen der Einwilligung.

Das zweite die Ausnahmen, die in vereinzelten, aber nur sehr seltenen Fällen eintreten, sog. Notoperationen (mittelbare und unmittelbare).

Das dritte Kapitel erörtert die Einwilligung der gesetzlichen Vertreter der Kranken und die strafrechtliche Verantwortlichkeit derselben.

Die Einwilligung der Angehörigen Erwachsener und die Operationen an Dritten besprechen die beiden nächsten Kapitel. Sodann geht Verf. noch auf die »Versuche an Menschen zu wissenschaftlichen Zwecken« ein und betont die falsche Auslegung dieses Wortes und die Bedeutung solcher Versuche.

Die strafrechtliche Bedeutung der ohne Einwilligung vorgenommenen Operationen bildet den Schluß.

Im ganzen Verlaufe seiner höchst lesenswerten Auseinandersetzungen verlangt Verf. immer wieder eine Revision der Gesetze über die ärztliche Tätigkeit; ihre Beschränkung ist in den Gesetzen genügend betont, die Sicherstellung des Aztes aber fast gänzlich außer Acht gelassen. Doch »man muß bedenken, daß passende und vernünftige Gesetze nicht entstehen, bevor das Bedürfnis sie nicht hervorruft, und daß der Richter nur nach dem geschriebenen Gesetz Recht sprechen darf, nicht immer Gerechtigkeit zu üben vermag«. Das Bedürfnis nach »passenden und vernünftigen Gesetzen« sei jetzt aber

vorhanden und über »das Widersinnige in manchen Fällen, wie es der Wortlaut des Gesetzes ergibt,« sei nicht hinwegzukommen.

Grosse (Kassel).

---

3) **Schlesinger.** Die Indikationen zu chirurgischen Eingriffen bei inneren Erkrankungen; mit einem Anhange von Privatdozent Dr. Schnitzler. 3. Teil.

Jena, **Gustav Fischer,** 1905.

Der Abschluß eines Werkes, dem meines Erachtens eine sehr gute Prognose gestellt werden muß. Die knappe präzise Darstellung, der frische Zug, der durch das ganze Buch geht, macht die Lektüre zu einer Freude.

Für den Praktiker ist es bestimmt, und der Interne, der praktische Arzt und sicher nicht am wenigstens der Chirurg wird in ihm eine wertvolle und in dieser Weise bisher noch nicht gebotene Bereicherung seines Bücherschatzes besitzen.

In diesem letzten Teile sind zunächst die Krankheiten des Magens, des Darmes und des Bauchfelles nach den gleichen Gesichtspunkten behandelt, wie ich das bereits bei Besprechung des vorigen Teiles erwähnt habe.

Der Chirurg wird erstaunt und erfreut sein darüber, daß ein innerer Kliniker fast durchweg die gleichen Indikationen aufstellt, wie die modernsten Chirurgen. Allerdings steht Verf. bei der Blinddarmentzündung nicht auf dem Standpunkte prinzipieller Frühoperation, wie Riedel, Rotter, Rehn, Sprengel u. a. ihn verfechten. Auch bedarf die Notiz über Rotter's Indikationsstellung einer Änderung insofern, als hier noch Rotter's frühere, mehr konservative Behandlungsweise ausführlich dargelegt ist. Doch wird sich wohl bald allgemein die Indikationsstellung so nach der radikalen Seite hin verschieben, daß dies Kapitel bei der nächsten Auflage sich weit einfacher und übersichtlicher wird darstellen lassen.

Eine sehr gute, klare Darstellung der Indikationen zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt, und zwar nur insoweit, als innere Krankheiten der Mutter in Frage kommen, ist angefügt, ferner ein Abschnitt über Operationen bei Diabetes.

Man kann nur sagen, daß, wenn sich alle Praktiker nach S.'s Indikationen richten würden, die Erfolge der chirurgischen Arbeit und das Vertrauen zu ihr gewaltig wachsen würden.

Schnitzler gibt dann als Chirurg noch eine knappe, lebendige, aus der Fülle großer Erfahrung geschöpfte Darstellung der »Beeinflussung des Organismus durch operative Eingriffe«.

Am Schluß folgt ein übersichtliches Inhaltsverzeichnis. Der Preis des Werkes ist sehr gering.

W. v. Brunn (Rostock).

---

4) **Bier.** Behandlung akuter Eiterungen mit Stauungshyperämie. (Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Bonn.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 5—7.)

B. ist in den letzten Jahren dazu übergegangen, nicht nur chronische, sondern auch akute Entzündungen und Eiterungen mittels Stauungshyperämie zu behandeln, und berichtet nunmehr über die Ergebnisse dieser Behandlung bei letzteren Prozessen in 110 Fällen, bei denen die Behandlung zum Abschluß gekommen ist. Was die Technik betrifft, so wird oberhalb des kranken Teiles eine Gummibinde fest, doch ohne Schmerzen und starke Blaufärbung des Gliedes zu verursachen, angelegt; die Binde soll zu einem feurig roten Ödem führen und täglich 10, bei schweren Fällen 20—22 Stunden liegen bleiben, dann entfernt, das Glied hochgelagert und nach einigen Stunden von neuem mit der Stauungsbinde an derselben Stelle oder etwas höher oder tiefer umwickelt werden. In demselben Grade, wie das Leiden sich bessert, kann man die Stauungsperioden verkürzen. Die Wirkung äußerte sich fast regelmäßig und schnell in Linderung der Schmerzen, war aber verschieden in bezug auf Eiterungen. Zuweilen wurden beginnende Eiterungen zum Stillstand und zur Resorption gebracht, in anderen Fällen heiße Abszesse in kalte, von selbst schwindende, in wieder anderen Eiter in Serum verwandelt, eiternde Wunden schnell trocken; in der Regel aber vermehrte die Stauungshyperämie die Eiterung, führte entweder zu massenhaftem serösen oder zu dickem, rahmigen Eiter, der in 5 Fällen sogar übelriechend wurde. Die rechtzeitige Spaltung des Abszesses zur Entleerung des Eiters wurde, wo notwendig, natürlich nicht unterlassen. Nur bei akuten Gelenkeiterungen hat sich B. auch dessen enthalten, sogar die Ruhigstellung durch Schienen vermieden und lediglich Stauungshyperämie verwandt, bei bestehenden Fisteln oder offenen Wunden sogar täglich aktive und passive Bewegungen ausgeführt, um den Eiter zum Ausfluß zu bringen. Der Erfolg war, daß selbst bei den schwersten Erkrankungen die Ausheilung mit vollständiger Funktion eintrat. Indes würde B., wenn nicht sehr bald sich die günstige Wirkung der Stauungshyperämie bemerkbar machte, die Gelenke punktieren und auswaschen oder durch Schnitt, aber ohne nachherige Drainage und Tamponade, eröffnen. In gleicher Weise ging Verf. bei akuter Osteomyelitis mit großen Abszessen, mit Gelenkvereiterungen und Epiphysenlösung vor, mit dem Resultate, daß in einigen Fällen sogar jede Nekrose ausblieb oder die Nekrose ganz gering war; die Schnitte wurden nur so groß geführt, daß der Knochen nicht in weiter Ausdehnung frei lag, und der Eiter gut fortgespült werden konnte. Auch bei beginnenden Sehnenscheidenphlegmonen begnügte B. sich mit sofortiger Einleitung der Stauungshyperämie und legte nur kleine Schnitte unter Verzicht auf Tamponaden und Drainage an; die übrige Behandlung war dieselbe, wie bei Gelenkeiterungen, indes nicht ganz frei von Mißerfolgen.

Unter all den 110 Fällen mit vorgeschrittener akuter Eiterung, die mit Stauungshyperämie behandelt wurden, hat B. nicht einen einzigen gesehen, wo das Mittel einen wirklichen und dauernden Schaden angerichtet hätte; vorübergehende ernstere Schädlichkeiten kamen nur wenige Male zur Beobachtung. Für die Erzielung guter Resultate ist die richtige Anwendung der Stauungshyperämie unbedingt notwendig; die Stauung muß stark sein, ohne den Kranken zu belästigen, muß die Schmerzen vermindern und darf sie nicht vermehren. Weitere Vervollkommnung des Verfahrens ist zu erstreben; besonders die Frage, inwieweit und in welchem Grade operative Eingriffe neben der Stauungshyperämie Platz zu greifen haben, bedarf noch weiterer Klärung. Zweck der letzteren ist, die akute Entzündung zu verstärken, die Ernährung der durch Bakterien und ihre Gifte geschädigten Gewebe zu verbessern. **Kramer** (Glogau).

---

5) **B. Heile** (Breslau). Experimentelle Prüfung neuerer Antiseptika mit besonderer Berücksichtigung des Parajodoanisols (Isoform).

(Sammlung klin. Vorträge N. F. Nr. 388.)

Von der Tatsache ausgehend, daß trotz der vervollkommneten Aseptik die chemisch wirkenden Antiseptika nicht zu entbehren sind, hat H. auf v. Mikulicz's Veranlassung die gebräuchlichen auf ihren antiseptischen Wert einer erneuten Prüfung unterzogen, welche eine auffällig geringe antiseptische Kraft aller dieser Mittel ergab. Dies veranlaßte den Verf., in Gemeinschaft mit Röhmann und Liebrecht nach einem Stoff zu suchen, der in einem eiweißreichen Medium und bei Luftzutritt stärker als die bisherigen bekannten Antiseptika wirke, d. h. auf der Wunde, wie in den Verbandsteilen die schädlichen Wirkungen der Bakterien nicht aufkommen lasse. Nach Versuchen mit einer großen Zahl von neuen chemischen Verbindungen wurde schließlich in dem Parajodoanisol $\left(C_6 H_4 \frac{OCH_3}{IO_2}\right)$, einem farblosen, schwach nach Anis riechenden, in Wasser schwer löslichen, in Alkohol und Äther unlöslichen Pulver, das sich, ohne sich zu zersetzen, bis auf 200° erhitzen läßt, eine unter allen Verhältnissen antiseptisch wirkende, obigen Bedingungen entsprechende, dabei (auch bei innerem Gebrauch in Dosen von 2—3 g täglich) ungiftige Substanz gefunden, die, einen Sauerstoffträger darstellend, überall da, wo sie mit bakterienhaltigem Materiale zusamentrifft, aktiven Sauerstoff abgibt und hierdurch stark bakterizid wirkt. Sie hat sich, als Isoform von den Höchster Farbwerken in den Handel gebracht, auch in der Praxis bestens bewährt, sei es, daß sie als Isoformpulver — einem Gemisch von gleichen Teilen Parajodoanisol und Calc. phosphat. —, oder als Isoformgaze 1%ig bei aseptischen Wunden, 3%ig zur Nachbehandlung bei wenig sezernierenden, 10%ig bei stark infizierten (Pyocyaneus usw.) und jauchenden Wunden (event. noch zur Erhöhung der Wirkung Auf-

blasen von Isoformpulver) verwendet wurde. Das Isoformpulver erzeugt durch oberflächliche Ätzung auf frischen oder schwach sezernierenden Wunden einen Belag, der sich indes bald abstößt, wirkt auf die normale Haut nicht reizend und stark desodorierend. Es wurde zur Herstellung von Salben (2—3%ig mit Vaseline) zur Behandlung granulierender Wunden (anstatt der bekannten Höllensteinsalbe), von 1—2%igen Emulsionen zur Einspritzung in die Blase bei Blasenkatarrh oder nach stärkerer Vermischung mit Calc. phosph. als Wundstreupulver benutzt. Die Isoformpaste (Isoform pur., Glycerin. āā) diente ersteren Zwecken gleichfalls, ferner zur Sicherung der Sterilisation der Hände und der an das Operationsgebiet angrenzenden Haut, in die nach erfolgter Reinigung mit Schmierseife und Seifenspiritus 2—3 g der Paste eingerieben wurden. In Anbetracht dessen, daß das Isoform im Magen-Darmkanal eine bakterienhemmende Wirkung ausübt, dabei ungiftig ist, würde seine Darreichung in Dosen von 0,5 in ungehärteten oder gehärteten Kapseln 1—4mal täglich bei parasitären Erkrankungen des Darmkanales oder vor der Ausführung von Magen- und Darmoperationen vielleicht von Vorteil sein; wegen seiner reizenden Wirkung (Appetitlosigkeit, vermehrte Darmsekretion usw.) ist jedoch der Gebrauch größerer Mengen nicht zu empfehlen.

Kramer (Glogau).

---

6) **Schüller.** Die Schädelbasis im Röntgenbild. Archiv und Atlas der normalen und pathologischen Anatomie in typischen Röntgenbildern. Ergänzungsband XI.

Hamburg, 1905. 73 S., 6 Taf. und 30 Abb. im Text.

Das Werk S.'s zerfällt in zwei Hauptteile. Der erste zeigt uns das Röntgenbild der normalen, der zweite das der pathologisch veränderten Schädelbasis.

Erster Teil: Gute Röntgenogramme der Schädelbasis erreicht man hauptsächlich unter Anwendung des Blendenverfahrens. Dabei ist es nötig, die Aufnahmen der Schädelbasis stets in ganz bestimmten Projektionsrichtungen zu machen und solche »typische« Aufnahmen des Lebenden mit »typischen« Aufnahmen des skelettierten Schädels zu vergleichen. Je nach der Durchleuchtungsrichtung unterscheidet Verf. vier Gruppen »typischer Aufnahmen«: die frontalen, die sagittalen, die axialen und die schrägen. Damit können alle Teile der Schädelbasis durch das Röntgenbild zur Anschauung gebracht werden. Jede dieser typischen Aufnahmen zeigt ihre ganz bestimmten Details welche Verf. an der Hand tadellos wiedergegebener Photogramme und an dazu gehörigen Skizzenblättern auf das eingehendste vor Augen führt. Das am Lebenden gewonnene Bild der Schädelbasis ist weniger kontrastreich als das Röntgenogramm des skelettierten Schädels und zeigt weniger deutliche Strukturzeichnung. Durch Vergleich mit »typischen« Skelettaufnahmen wird jedoch seine Entzifferung nicht mehr schwer fallen. Ein eigenes Kapitel widmet Verf. dem Röntgenbilde der kindlichen Schädelbasis, welches durch das Vorhandensein der

Synchondrosen, durch die mangelhafte Ausbildung der pneumatischen Räume, sowie durch die Verschiedenheit der Formverhältnisse des wachsenden Schädels einige Abweichungen von dem Bilde des Erwachsenen bietet.

Zweiter Teil: Da eine die pathologische Anatomie der Schädelbasis umfassende Darstellung bis jetzt in der Literatur nicht vorhanden ist, »versucht Verf., eine auf die Angaben der Literatur und auf eigene Untersuchungen sich stützende Übersicht der wichtigsten pathologischen Vorkommnisse an der Schädelbasis zu geben und sie durch Beschreibung und Abbildung einer größerer Anzahl von ihm beobachteter Fälle zu illustrieren«.

Die Anomalien der Schädelbasis teilt Verf. in folgende Gruppen ein:

1) Mißbildungen der Schädelbasis.
2) Form- und Gefäßanomalien der Schädelbasis.
3) Destruktive Veränderungen der Schädelbasis.
4) Hyperostotische Veränderungen der Schädelbasis.
5) Verletzungen der Schädelbasis.

In der Mehrzahl der Fälle ist Verf. in der Lage, uns die genannten krankhaften Veränderungen an der Hand einiger interessanter Fälle und typischer Röntgenogramme klarzulegen. Genauer auf die einzelnen Kapitel einzugehen, würde hier zu weit führen.

Im Anhange bespricht Verf. die Darstellung der Nähte, Gefäßfurchen und traumatischen Fissuren der Schädelbasis im Röntgenbilde. Nicht alle Nähte sind gleich deutlich sichtbar, am schönsten solche mit reicher, zackiger Gliederung wie die Lambda-, Coronar- und Sagittalnaht. Außerdem spielt die Lage des Kopfes bei der Aufnahme und die Durchleuchtungsrichtung dabei eine gewisse Rolle. Ähnlich verhält es sich mit den Gefäßfurchen und traumatischen Fissuren des Schädels.

Den Schluß des Werkes, das sich an Vorzüglichkeit vollkommen mit den bisher erschienenen Atlanten messen kann, bilden ein reichliches Literaturverzeichnis und die bereits erwähnten Photogramme auf 6 Tafeln mit beigefügten Skizzenblättern.

Gaugele (Zwickau i. S.).

---

5) **Froin.** Les hémorrhagies sous-arachnoidiennes et le mécanisme de l'hématolyse en général.

Thèse de Paris, G. Steinheil, 1904.

F. berichtet über die diagnostisch verwertbaren Ergebnisse der Lumbalpunktion an 27 Erkrankungsfällen. In allen wurde die Punktion mehrfach wiederholt, die Flüssigkeit stets mikroskopisch, meist auch kryoskopisch, oft spektroskopisch untersucht. Es handelte sich meist um Apoplexia cerebri, 3mal um Schädelverletzungen, einigemal um luetische, bezw. in ihrer Ätiologie unbekannt gebliebene apoplektische Insulte. 10mal wurde durch die Obduktion das Punktionsergebnis kontrolliert.

Als wesentlichste Ergebnisse seien folgende herausgehoben: Epidurale Hämatome nach Schädeltraumen machen, wie schon Sicard und Monod betonten, keine Verfärbung des Liquor cerebrospinalis. Dagegen sind subarachnoidale Blutungen am Gehirn an der Verfärbung des Liquor recht oft erkennbar. Kommen sie rein vor, so fehlt überhaupt Koma oder es geht rasch vorüber; dann lassen aber Kontrakturen, leichte Paresen, Babinski's und Kernig's Symptom sowie ein leichtes hämolytisches Fieber auch klinisch darauf schließen.

Je nach der Größe des Blutergusses und dem Grade der Hämatolyse variiert die Farbe des Liquor.

Die Punktion wirkt günstig durch Druckentlastung, auch beseitigt sie Schmerzen.

Aus der cytologischen Untersuchung des blutigen Liquor ergibt sich, daß zur Zeit der Akme des Blutzerfalls neutrophile vielkernige und große einkernige Zellen auftreten. F. spricht von hämatomakrophagen Zellen. Je nach der Veränderung des Hämoglobins ist der Liquor gelb oder gelbrot (Hämoglobin) oder mehr braun oder dunkelbraun (Bilirubin). Die Resorption des Blutergusses läßt sich in vier Stadien unterscheiden, die Verf. bezeichnet: als Hämatophagie, Globulolyse, Hämoglobinolyse und Anti-Globulolyse.

Die Arbeit, welche sich ergänzend an die Sicard'schen Studien über den Liquor cerebrospinalis anschließt, verdient im Originale gelesen zu werden. **Stelper** (Göttingen).

---

8) **Cabannes** et **Bonnet.** Des lésions du trijumeau consécutives aux fractures du crâne.

(Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux 1904. Dezember 16.)

Verletzungen des N. trigeminus bei Schädelbrüchen sind im allgemeinen sehr selten, bedeutend seltener als die anderer Hirnnerven. Meist handelt es sich nur um eine teilweise Beteiligung des Nerven, und zwar am häufigsten des Ramus ophthalmicus; nur in 5 von 14 Beobachtungen war die Sensibilität im ganzen Bereiche des Nerven aufgehoben. Die Anästhesie tritt gewöhnlich schleichend, ohne vorhergehende Hyperästhesie ein. In 7 Fällen bestanden trophische Störungen (Keratitis); der Facialis und Abducens sind häufig gleichzeitig verletzt, als Zeichen einer ausgedehnteren Schädigung des Felsenbeines. Die Ursache, daß der Trigeminus bei der Basisfraktur nur selten direkt verletzt wird, liegt darin, daß er an der Schädelbasis etwas entfernter von dem gewöhnlichen Verlaufe der Frakturlinien liegt als die übrigen Nerven. Die der Trigeminusschädigung zugrundeliegenden Veränderungen sind gewöhnlich eine Thrombose des Sinus cavernosus und petrosus superior oder eine Blutung aus diesen Sinus und Kompression des Nerven.

Bei dem von den Verff. beobachteten Falle war in den ersten 14 Tagen nach Eintritt der schweren Schädelbasisfraktur der Augenbefund ganz normal; dann entwickelte sich auf der der Ohrblutung entsprechenden Seite eine Keratitis und Iritis neuroparalytica mit

starken Schmerzen und vollkommener Amaurose; allmählicher Rückgang aller Erscheinungen bis auf eine Verminderung des Sehvermögens.

Mohr (Bielefeld).

9) **G. R. Fowler.** The technic of perineal prostatectomy.

(Med. news 1905. März 18.)

Als besondere Vorzüge der perinealen Prostatektomie hebt F. hervor, daß bei der Resektion der seitlichen Lappen die Samengänge geschont werden können, daß eine Urinphlegmone leichter verhütet wird, daß das Ausschälen aus der Kapsel viel einfacher ist wie bei intravesikalem Vorgehen, daß schließlich Einreißen der Kapsel beim Eingehen des Fingers in den Kapselschnitt nur eine leicht zu stillende Blutung des Venenplexus hervorruft, während dasselbe bei der suprapubischen Methode verhängnisvoll werden kann. Die Möglichkeit, die Kranken nach der Operation aufrecht sitzen zu lassen, darf gleichfalls nicht unterschätzt werden.

Verf. bedient sich eines Medianschnittes, welchen er bei tiefem Sitze der Prostata Y-förmig gegen beide Tubera ischii erweitert. Bei einer Enukleation wird die Harnröhre über einer Sonde eröffnet, bei einer Resektion wird dieses vermieden. Die Inzision der Kapsel geschieht bei der Enukleation transversal in der Nähe der Pars membranacea. Bei der Resektion werden nach stumpfem Freipräparieren der hinteren Kapselwand zwei seitliche, ca. 6 mm von der Mittellinie entfernte Inzisionen gemacht. Die Kapsel wird bis in die Nähe der Harnröhre abgelöst; sodann wird die gelöste Partie der Drüse mit einer Zange erfaßt und reseziert. Einen Traktor wendet Verf. wegen der dadurch hervorgerufenen Sphinkterlähmung nicht an.

Hofmann (Heidelberg).

10) **L. Michaelis.** Die Malakoplakie der Harnblase.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 14.)

M. lenkt die Aufmerksamkeit auf ein bisher fast nur pathologisch-anatomisch, fast gar nicht klinisch bekanntes, von v. Hansemann als Malakoplakie, von Landsteiner und Stoerk als Cystitis en plaques bezeichnetes Blasenleiden unbekannten Ursprunges. Die bisher darüber vorliegenden sieben Beobachtungen, die fast nur Sektionsbefunde und nur wenige klinische Angaben umfassen, sind kurz wiedergegeben. Es handelt sich um die Bildung von zahlreichen, zum Teil zusammenfließenden oder oberflächlich zerfallenden Knötchen in der Harnblase. In den und um die großen polygonalen Geschwulstzellen finden sich eigenartige Einschlüsse, welche Eisenreaktion geben. Ob es sich um Neubildung oder chronische Entzündung oder gar um Protozoenwucherung handelt, bleibt noch unklar. Die spärlichen klinischen Mitteilungen beziehen sich auf gleichzeitige Entzündung der Blase, Harnleiter, Nierenbecken und Nieren, Genitaltuberkulose u. dgl. Doch fehlten bei anderen Fällen örtliche Entzündungserscheinungen ganz. Verf. glaubt, daß sich das Leiden bei darauf gerichteter Aufmerk-

samkeit häufig finden und vielleicht zur Verwechslung mit Tuberkulose oder Geschwulstbildung Anlaß gegeben wird. Man soll im Urinsediment nach den eisenhaltigen Zellschollen suchen, unter Zuhilfenahme einer Eisenprobe. **G. Schmidt** (Berlin).

11) **Sampson.** Operations on the lower ends of the ureters by the inguinal extraperitoneal route under local anaesthesia (Cocain).

(Annals of surgery 1905. Nr. 2.)

Wenn auch die Folgen des Harnleiterverschlusses auf die Nieren sehr üble zu sein pflegen, so haben diese Organe doch eine große Fähigkeit, sich nach Beseitigung des Hindernisses zu erholen, und soll daher bei Erkrankungen der Harnleiter sehr konservativ vorgegangen werden. S. unterscheidet zwei Klassen von Erkrankung des unteren Endes der Harnleiter: 1) Fälle mit absoluter Insuffizienz der Nieren; hier ist die Nephrotomie die Operation der Wahl. 2) Solche mit relativer Insuffizienz; hier werden die erkrankten Harnleiter selbst angegriffen, reseziert, überpflanzt, Steine entfernt usw. Da aber in diesen Krankheiten die Nieren immerhin gelitten haben, und so der allgemeine Zustand der Kranken ein sehr geschwächter ist, empfiehlt Verf. statt des allgemeinen Anästhetikums (Chloroform oder Äther) die lokale Anästhesie nach Schleich, wenn auch auf diese Weise die Operationsdauer verlängert wird. Um die unteren Enden der Harnleiter anzugreifen, wählt er stets den extraperitonealen Weg, und zwar den intramuskulären Schnitt. Drei auf diese Weise ausgeführte Operationen ließen ihn erkennen, daß dieselben gar nicht so sehr schmerzhaft sind. Eigentlich waren nur schmerzhaft die Zerrungen am parietalen Bauchfell, während Einschnitte und Nähte in den Harnleitern keine Schmerzen verursachten. Die Pat. erhalten vor der Operation Morphium subkutan; während der Operation wird das Gesicht bedeckt, werden die Ohren des Pat. mit Watte fest ausgestopft. In drei näher beschriebenen und auf die geschilderte Weise ausgeführten Operationen handelte es sich zweimal um Resektionen am Harnleiter und Einpflanzung in die Blase, einmal um Harnleiterschnitt zur Entfernung eines Steines. Alle drei Pat. überstanden die Operation gut und blieben geheilt. **Herhold** (Altona).

---

12) **C. L. Gibson.** Objective and subjective symptoms of surgical diseases of the kidney.

(Med. news 1905. März 11.)

Verf. wendet den Schmerzen bei Nierenerkrankungen besondere Aufmerksamkeit zu. Sie werden bei Geschwülsten und akuter Nephritis als stark geschildert, als intermittierend bei Wanderniere und damit verbundener Knickung des Harnleiters. Abwesend sind Schmerzen bei chronischer Nephritis und Hydronephrose, sowie bei Lithiasis ohne eitrige Pyelitis und bei ungehindertem Abfluß.

Hofmann (Heidelberg).

---

13) **L. G. Cole.** The X-ray in kidney disease.

(Med. news 1905. März 11.)

Zur Darstellung der Nierensteine verwendet Verf. Strahlen mit elektiver Absorption bei einer äußerst kurzen Exposition von 7 bis 14 Sekunden. Die Exkursionen der Niere während der Atmung, sowie Strahlen, die nicht die gerade Richtung einhalten, beeinträchtigen bei längerer Exposition die Schärfe des Bildes. Dabei muß ferner immer berücksichtigt werden, daß Steine durch andere Dinge vorgetäuscht werden können. Unter 179 Fällen hatte Verf. 2mal die Diagnose auf Steine fälschlich gestellt. Das eine Mal hatte Kot, das andere Mal Gallensteine und Karzinom des Pankreaskopfes den Schatten verursacht.

Hofmann (Heidelberg).

14) **F. Treves.** The circumstances and treatment of movable kidney.

(Practitioner 1905. Januar.)

Seit 1895 steht T. nicht mehr auf dem Standpunkte, jede Wanderniere durch Operation zu fixieren, sondern will diesen Eingriff nur als letztes Mittel gelten lassen, wenn auf andere Weise die Beschwerden nicht beseitigt werden können. Nur bei Fällen, in denen Erscheinungen der Strangulation auftreten, soll sofort zur Operation geschritten und die Nephropexie ausgeführt, in allen anderen Fällen jedoch die Niere mittels Pelotte festgehalten werden. Eine beigefügte Abbildung zeigt die von dem Londoner Bandagisten Ernst hergestellte, aus einer dünnen, sorgfältig gepolsterten Metallplatte bestehende Pelotte, die durch zwei Federn gegen den Bauch fest angedrückt wird, während ein Schenkelgurt das Verschieben nach oben verhindert. In 95% der so behandelten Fälle bewies sich das Band als absolut ausreichend, die Niere wurde vollkommen festgehalten, die Beschwerden verschwanden. Eine Anzahl der Pat. konnte nach 18 Monaten oder 2 Jahren das Band fortlassen.

Jenckel (Göttingen).

15) **Cawardine.** Nephropexy by means of the application of strong carbolic acid and temporary support.

(Bristol medico-chir. journ. 1905. März.)

C. ging bei seiner Methode der Nephropexie von der Idee aus, eine Inzision und teilweise Abstreifung der fibrösen Kapsel sowie Nähte völlig zu vermeiden, dagegen durch chemische Reizung eine Granulationsschicht um die Niere hervorzurufen, welche durch narbige Schrumpfung und Verwachsung mit der Umgebung das Organ sicher fixieren könnte. Zu diesem Zwecke wurde die von ihrer Fettkapsel befreite Niere 2—3mal mit starker Karbolsäurelösung bestrichen, bis eine weißliche Verfärbung der Oberfläche eintrat; die in ihre normale Lage gebrachte Niere wurde sodann durch eine um den unteren Pol gelegte Jodoformgazeschlinge fixiert, bis Verwachsungen eingetreten waren. Die anfänglich gelblichweiße Farbe der Nierenoberfläche wich

meist nach 8 Tagen einer rötlichen infolge Granulationsbildung. Nach etwa 3 Wochen konnte mehrfach eine bereits absolut feste Fixierung des Organes festgestellt werden. In acht so behandelten Fällen trat völlige Heilung ein; in einem Falle waren nach 20 Monaten die Verwachsungen so ausgedehnt und fest, daß die Grenze zwischen Niere und Umgebung kaum zu sehen war; die Nierensubstanz zeigte ebenfalls Schrumpfungserscheinungen; bei einem zweiten nach 2 Jahren gestorbenen Pat. war die Kapsel fast knorpelhart, die Niere absolut fest, die Nierensubstanz gesund. Außer einer vorübergehenden Karbolverfärbung des Urins wurden keine Erscheinungen von Karbolvergiftung beobachtet. Event. könnte man nach der Karbolvergiftung mit absolutem Alkohol nachwaschen.

C. hat dasselbe Prinzip auch bei einer Talma'schen Operation wegen vorgeschrittener Lebercirrhose angewendet; die Leberoberfläche wurde nach der Karbolpinselung zunächst weiß und klebrig-zähe, gewann aber durch die Alkoholwaschung sofort ihre normale Beschaffenheit wieder. **Mohr** (Bielefeld).

---

16) **Jullien.** Hématonéphrose traumatique.

(Thèse de Paris 1904, ref. Revue française de méd. et de chir. 1905. Nr. 10.)

Im Anschluß an einen eigenen Fall schildert J. das Krankheitsbild des traumatischen Blutergusses im Innern der Kapsel einer gesunden Niere. Die Symptome fallen größtenteils zusammen mit denen einer Nierenquetschung oder eines perinephritischen Blutergusses; jedoch findet man bei der in Rede stehenden Erkrankung mehr eine zunehmende, fluktuierende, scharf begrenzte Vergrößerung des Organes. Die Nephrotomie ist bei frischen Traumen die Operation der Wahl; durch die Entleerung des Blutergusses wird die Kompression der Niere, welche die Funktion hemmt, beseitigt. **Mohr** (Bielefeld).

---

17) **M. Donati** (Turin). Ricerche sperimentali sul valore del trattamento conservativo dell' idronephrosi.

(Giorn. della R. accad. di med. di Torino 1904. N. 11 u. 12.)

D. berichtet über Resultate, welche er — abgesehen von einigen Voruntersuchungen über pathologisch-anatomische Veränderungen bei verschiedenen Graden der Hydronephrose — an 23 Experimenten (4 Hunden, 19 Kaninchen) gewonnen hat. Er erzielte eine Hydronephrose durch Unterbindung oder Knickung des Harnleiters. Nach Ablauf verschiedener Zeitintervalle (12 bis 100 Tage) stellte er alsdann durch eine Harnleiter-Blasenanastomose den Abfluß des Urins wieder her. Während dieser zweiten Operation exstirpierte er gleichzeitig 7mal einen Keil aus einer bestimmten Stelle des hydronephrotischen Organes, um ein Vergleichsobjekt für das weitere Verhalten der nunmehr entlasteten Niere zu erhalten. 15mal wurde nach weiteren 3 bis 43 Tagen die hydronephrotische Niere zwecks Untersuchung entfernt,

bei den übrigen Tieren wurde die gesunde Niere entweder teilweise oder ganz entfernt, oder nur ihr Harnleiter abgebunden.

Bei der letztgenannten Versuchsanordnung gingen die Tiere nach spätestens 4 bis 6 Tagen zugrunde; die erkrankte Niere konnte also nicht die Funktion für den Körper übernehmen. Die Untersuchung des hydronephrotischen Organes ergab zunächst, daß sich die Erweiterung des Nierenbeckens und des Harnleiters allmählich zurückbildet, so daß schließlich nur noch eine Verdickung der Wandung zurückbleibt. Die Niere selbst, die zuerst blaß und gedunsen, auch schwerer und größer als die gesunde Niere ist, wird, je später die Harnleiter-Blasenfistel ausgeführt wird, um so härter und kleiner. Mikroskopisch zeigen sich lediglich degenerative Prozesse im Parenchym, das Epithel verfettet, zerfällt, neues Drüsenepithel wird nicht gebildet. Hingegen wuchert das interstitielle Bindegewebe, so daß schließlich dieses dominiert gegenüber den spärlichen Zellzügen und cystischen Erweiterungen der Reste der Glomeruli und Canaliculi. D. hat schließlich noch eingehende Urinuntersuchungen und Gefrierpunktbestimmungen ausgeführt, aus welchen ebenfalls die relative Funktionsuntüchtigkeit des hydronephrotischen Organes erhellt.

Diese Experimente erweisen sonach, daß — beim Tier — bei einer Hydronephrose eine Wiederherstellung des Nierenparenchyms nicht zu erwarten steht, und daß sonach die konservativen Operationsmethoden häufig zwecklos sein dürften, indem sie ein mehr oder weniger funktionsuntüchtiges Organ im Körper zurückließen. **A. Most** (Breslau).

---

18) **Ancel et Bouin.** Sur l'insuffisance de la glande à sécrétion interne du testicule.

(Revue méd. de l'Est 1904. Nr. 22.)

Verff. unterscheiden beim Hoden zwei verschiedene sezernierende Bestandteile, 1) die Samendrüse, eingeschlossen in den Tubuli seminiferi und 2) die interstitielle Drüse zwischen den Tubuli. Sie haben durch frühere Arbeiten gezeigt, daß diese »interstitielle Drüse« eine solche mit innerer Sekretion ist, welche allein eine Wirkung auf den Gesamtorganismus ausübt; ihr Fehlen oder Störungen ihrer Entwicklung bei Kastrierten und bei Menschen mit atrophischem, eventuell ektopischem Hoden erklärte allein die körperlichen Abweichungen bei solchen Individuen. Die Folgen einer ungenügenden Wirkung dieser internen Sekretion auf den Organismus werden genauer erörtert. (Sog. Feminismus, Infantilismus, Androgynismus, verspäteter Eintritt der Pubertät bei temporärer Insuffizienz der inneren Sekretion). Tierversuche der Verff. bestätigen diese Anschauungen. **Mohr** (Bielefeld).

---

19) **Bonnin.** Etiologie de la tuberculose de la vulve.

(Thèse de Paris 1904, ref. Revue française de méd. et de chir. 1905. Nr. 7.)

Von 28 Fällen von Tuberkulose der Vulva betrafen sechs Kinder, die übrigen mit einer Ausnahme Frauen im Alter von 30—40 Jahren.

1) Sekundäre Form: sie entsteht selten durch Übergreifen der Erkrankung von der Nachbarschaft auf die Vulva oder metastatisch, viel häufiger bei primärer Lungen- oder Darmtuberkulose in der Weise, daß die Vulva durch mit Sputum verunreinigte Wäschestücke, oder durch diarrhoische Stühle infiziert wird. 2) Primäre Form: die Infektion geschieht in seltenen Fällen durch Vermittlung der Finger, häufiger durch den Koitus.

Die tuberkulöse Infektion hat bei beiden Formen zur Voraussetzung, daß ein örtliches Trauma, event. ein kleiner Substanzverlust der Haut vorherging. Auch bei latenter Allgemeintuberkulose kann ein örtliches Trauma den Ausbruch der Vulvatuberkulose auslösen.

Mohr (Bielefeld).

Kleinere Mitteilungen.

20) **G. Schmidt.** Über Behandlung und Dauerergebnisse bei Verletzungen und Verengerungen der männlichen Harnröhre.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 408.)

Die Arbeit umfaßt das Material der v. Mikulicz'schen Klinik aus den Jahren 1890 bis Juli 1904. In dieser Zeit kamen 140 Verletzungen und Verengerungen der männlichen Harnröhre zur Behandlung. Darunter befanden sich 10 frische Verletzungen der Harnröhre, 126 Strikturen und 4 Fälle von Verlegung der Harnröhre durch Fremdkörper oder eine Geschwulst. Unter den Strikturen waren 88 gonorrhoischer Natur, 33 traumatischen Ursprungs, die übrigen angeboren, tuberkulöser oder fraglicher Natur. Organische Harnröhrenstrikturen kamen 131mal in Behandlung, 27 rein traumatische, 6 bedingt traumatische, 75 sicher, 13 wahrscheinlich gonorrhoische und 10 zweifelhafter Art. 114 Fälle wurden genauer verfolgt, 31 traumatische, 76 gonorrhoische und 7 zweifelhafte. 38mal wurde das Bougierverfahren angewendet, 9mal folgte Bougierung auf die Urethrotomia interna, 67mal wurden perineale Operationen gemacht, nämlich 3 Perineotomien bei Urininfiltration, 13mal Urethrotomia externa, 11 Resektionen und 37 Resektionen mit Harnröhrennaht. Perineale Operationen wurden, insbesondere bei traumatischen Fällen, dem unblutigen Verfahren vorgezogen. 9 Pat. starben in der Klinik. Über 5 auswärts gestorbene fehlen genauere Nachrichten. Von den übrigen 100 sind von 78 die Endergebnisse bekannt. Davon starben 2 an Verschlimmerung ihres Harnleidens. Im ganzen erliegt etwa jeder 10. Strikturkranke seinem Leiden. Unter den 78 Endergebnissen sind 40 = 51,3% Heilungen, 17 = 21,8% wesentliche Besserungen, 21 = 26,9% Rückfälle. Von 45 mehr als $4^1/_2$ Jahre beobachteten Pat. waren 21 geheilt, 8 gebessert, 16 = 35,5% rezidiviert. Von 23 traumatischen Fällen waren 12 geheilt, 7 gebessert, 4 = 17,4% rückfällig, von 51 gonorrhoischen 27 geheilt, 9 gebessert, 15 = 29,4% rückfällig. Von 44 perineal operierten Fällen wurden 24 geheilt, 9 gebessert, 11 = 25% rückfällig. Von 28 mit reinem Bougierverfahren behandelten Fällen wurden 12 geheilt, 8 gebessert, 8 rückfällig, bei Bougierung nach Urethrotomia interna von 6 Fällen 4 geheilt, 2 rückfällig.

Die perinealen Operationen ergaben durchweg die besseren Resultate, so daß es Verf. für berechtigt hält, die Resektion der Striktur mit folgender Harnröhrennaht als das Normalverfahren zu empfehlen. Vor brüsker Bougierung wird nachdrücklich gewarnt. **M. v. Brunn** (Tübingen).

21) **Monié.** Rétrécissement cicatriciel proprement dit de l'urètre consécutif à la varicelle chez un enfant de cinq ans. Urétrotomie interne. Guérison.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1905. Nr. 5.)

Der 5jährige Knabe bekam im Verlauf einer leichten Varicellenerkrankung Erscheinungen von Dysurie, verbunden mit heftigen Schmerzen beim Harnlassen. 8 Monate später akute Urinretention; bulbäre Striktur. Innere Uretrotomie; Heilung. Es hat sich hier jedenfalls um eine narbige Striktur im bulbären Teile der Harnröhre gehandelt, die im Anschluß an Varicelleneruptionen der Harnröhrenschleimhaut entstanden ist. **Paul Wagner** (Leipzig).

22) **Wolf.** Primary urethral calculus.

(Annals of surgery 1905. Nr. 2.)

Bei der Autopsie eines infolge Lebercirrhose gestorbenen 50jährigen Mannes wurde in der Harnröhre ein 3,3 cm langer, 2,4 cm dicker, in einem Divertikel gelegener Stein gefunden. Der Kern desselben bestand aus verkalkter organischer Materie, welche nach Verf. infolge Gonorrhöe oder infolge eines Traumas als Eiter oder Blut seinerzeit deponiert war, und um welche sich dann die jetzigen aus phosphorsauren Salzen bestehenden Schichten lagerten. Der Stein lag in der Pars pendula der Harnröhre.

W. glaubt, daß in der Harnröhre nicht nur aus der Niere fortgespülte sekundäre Steine vorkommen, sondern daß dieselben auch primär in der Harnröhre entstehen können, besonders wenn in derselben angeborene oder erworbene (Tripper oder Trauma) Divertikel existieren. Diese primären Steine können daher auch in jedem Lebensalter vorkommen, am häufigsten liegen sie in der Pars membranacea. Nach einer Statistik von Englisch wurden Harnröhrensteine angetroffen: 41mal in der Fossa navicularis, 53mal in der Pars pendula, 50mal in der Pars scrotalis, 68mal in der Pars bulbosa, 149mal in der Pars membranacea. In nicht seltenen Fällen findet keine völlige Verlegung der Harnröhre während des Lebens statt, so daß die Steine, wie im vorliegenden Falle, übersehen werden können. Sekundär können Nierenkrankheiten infolge primärer Harnröhrensteine entstehen.

Herhold (Altona).

23) **Carey** and **Laird.** A peculiar hypertrophy of the prostate, accompanied by an ascending infection and cysts in the ureters.

(Albany med. annals 1904. Nr. 7.)

Bericht über zwei Sektionsbefunde bei Prostatikern, wo sich neben einer aufsteigenden Infektion des Harnapparates eine cystische Ureteritis fand. Die hypertrophischen Seitenlappen der Prostata waren gestielt und hinderten durch ihren Druck nach unten die Urinentleerung. Die hierdurch bedingte aufsteigende Infektion des Harnapparates ist der bedeutendste Faktor in der Ätiologie der Uretercysten; diese entstehen durch zentrale Degeneration und spätere Transsudation in die v. Brunn'schen Zellnester und können in frühen Stadien miliare Tuberkel vortäuschen. **Mohr** (Bielefeld).

24) **Stern.** Aushülsung der Prostata.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 6.)

S. berichtet über zwei Fälle von Prostatektomie nach der Freyer'schen Methode (Sectio alta), die beide einen ausgezeichneten Erfolg hatten. Die Methode soll eine gute Übersicht gewähren und ohne wesentliche technische Schwierigkeiten, ohne nennenswerte Blutung ausführbar sein. Es empfiehlt sich, zum Schluß die Blase zu nähen und einen Dauerkatheter einzulegen. In dem einen der mitgeteilten Fälle bestand eine 5markstückgroße Blasenfistel oberhalb der Symphyse. Hier wurde zur Sicherung und Deckung der exakten Blasennaht ein gestielter Bauchfellappen von der vorderen Bauchwand genommen. **Borchard** (Posen).

25) **Heusner.** Über Prostatotomia infrapubica.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 11.)

Das Vorgehen bei der Operation war folgendes: Bogenschnitt entlang dem unteren Schambeinrand, Abtrennung des Lig. susp., der Corp. cavern., M. ischiocavernosi, des Trig. urogenit., Ablösung und Zurückschieben der an den Schambeinen befindlichen Adduktorenansätze, Abmeißeln der unteren Hälfte der Symphyse und der absteigenden Schambeinäste, Vordringen zur Prostata und Ablösen dieser von der Innenseite des Schambogens. Hiernach läßt sich dieselbe herunterziehen und liegt in ganzer Ausdehnung frei. Da leichte Kollapserscheinungen eintraten, wurde die Operation abgebrochen. Nach 10 Tagen wurde die Urethra prostatica auf einem Metallkatheter gespalten. Jetzt lag alles bis zur Blasenmündung frei und übersichtlich. Es wurde ein haselnußgroßer Lappen entfernt, die fingerdicke vordere Kommissur bis auf die Harnröhre abgetragen und die Seitenteile durch Exzision keilförmiger Stücke verkleinert. Einlegen eines Dauerkatheters; Vereinigung der Prostata durch Catgutnähte. Gute Heilung mit gutem funktionellen Resultate. **Borchard** (Posen).

26) **J. B. Squier.** Observations on twenty-eight cases of prostatectomy.

(Med. news 1905. Februar 18.)

Verf. bemängelt, daß in der Literatur der Prostatektomie die postoperativen Ereignisse so wenig Berücksichtigung finden. Er hat 28 Prostataoperationen ausgeführt, und zwar 7 davon suprapubisch mit perinealer Drainage. Die Resultate dieser Methode waren ausnahmslos schlechte.

Unter den 21 perinealen Operationen endigten 2 tödlich durch Urämie nach einem und nach 3 Tagen.

Verf. wählt einen Medianschnitt, weil die Wunde schneller heile. Eine von anderen Autoren gefürchtete Verletzung des Mastdarmes kann bei diesem Schnitte vermieden werden. Zerreißung des Mastdarmes beim Freipräparieren der Prostata passierte Verf. zweimal. In beiden Fällen wurde der Darm genäht und neben der üblichen Drainage ein mit Gaze umwickeltes Mastdarmrohr eingelegt. Beim ersten Falle wurde nach 4 Tagen das Darmrohr und nach 1 Woche der Perinealdrain entfernt. Es erfolgte glatte Heilung. Im zweiten Falle, bei welchem die Naht riß, kam es zu einer Harnröhren-Mastdarmfistel. Da jedoch weder Verstopfung noch Inkontinenz vorhanden waren, konnte Pat. sich zu keiner weiteren Operation entschließen.

In einem Falle war die ganze Pars prostatica urethrae entfernt worden, und der Kranke genas ohne Striktur und ohne Residualharn. (Letzte Beobachtung: 1 Jahr nach der Operation.)

Eine Schonung der Samenausführungsgänge kann nicht gewährleistet werden. Die durch die Verletzung derselben bedingte Sterilität wird jedoch bei dem Alter der Kranken nicht empfunden. Zwei Pat., bei welchen die Brücke mit den Ducti ejaculotorii entfernt worden war, konnten den Beischlaf ausführen. Eine Epididymitis trat in 7 Fällen ein, und zwar zwischen dem 7. und 14. Tage (einmal eitrig). Granulationen, welche die Samengänge verlegen, und Cystitis andererseits bilden die Ursache. Verf. empfiehlt bei starker Cystitis eine präliminare Unterbindung der Vasa deferentia.

Allzufrühe Entfernung des Drain kann zu einer profusen Blutung führen, wie es Verf. in einem Falle vorgekommen ist. Existierte keine Cystitis, so hat Verf. dennoch den Drain nach 24—48 Stunden entfernt. Einen Verweilkatheter hält er für unnötig; doch werden tägliche Irrigationen der Blase mit milden Antisepticis empfohlen. Die früheste Schließung der Wunde erzielte Verf. nach 2 Wochen. Die durchschnittliche Heilungsdauer nahm 3—6 Wochen in Anspruch. Die meisten Fälle mußten noch wegen einer bestehenden Cystitis oder Schwäche der Blasenmuskulatur weiter behandelt werden. Eine bestehende Erkrankung der Nieren spricht keineswegs gegen eine Operation. 75% der zur Operation gelangenden Fälle haben eine Nierenerkrankung aufzuweisen. **Hofmann** (Heidelberg).

27) **G. T. Vaughan.** Gunshot wounds of the ureter; two cases of ureterovesical anastomosis.

(Amer. journ. of the med. sciences 1905. März.)

Verf. veröffentlicht zunächst einen mitteilungswerten Fall von Harnleiterschußverletzung bei einem 40jährigen Manne. Die Einschußöffnung fand sich etwa 1 Zoll nach innen und unten von der rechten Spina anterior superior unmittelbar unter dem Lig. Pouparti. Das Geschoß hatte den 4. Sakralwirbel durchbohrt und war hinten etwa in der Mittellinie unter der Haut liegen geblieben. Es konnte leicht entfernt werden. Aus der Operationswunde entleerte sich in der Folgezeit reichlich Eiter. Da sich außerdem Symptome einer Peritonitis einstellten, wurde in der Annahme einer Blasen- oder Darmperforation eine Explorativlaparotomie in der Mittellinie vorgenommen. Außer zahlreichen Verwachsungen fanden sich aber keine Zeichen einer Darmverletzung. Die Laparotomiewunde wurde vorn drainiert. Auch hier stellte sich eine starke eitrige Sekretion ein. Der Kranke erholte sich aber. Das Sekret aus der vorderen Fistel wurde dünner und wäßriger und erwies sich schließlich als Urin. Jetzt konnte die Diagnose auf eine Verletzung des rechten Harnleiters gestellt werden. Etwa $^1/_2$ Jahr nach der Schußverletzung wurde nachstehende Operation vorgenommen: Der rechte Harnleiter wurde auf transperitonealem Wege freigelegt, wobei eine in die vordere Fistel eingeführte Sonde zur Führung diente. Der Harnleiter war stark ausgedehnt und im Becken von dichten Verwachsungen umgeben. Beim Versuch ihn aus diesen zu lösen, riß er an der Stelle, wo sich die Fistel befand, ab. Das zentrale Harnleiterstück wurde in die Blase eingepflanzt. Zu diesem Zwecke wurde die Blase von vorn geöffnet, und an ihrer Hinterwand ziemlich weit über der normalen Einmündungsstelle des rechten Harnleiters eine kleine Öffnung angelegt. Das Harnleiterende wurde durch einen etwa $^1/_8$ Zoll langen Schnitt in zwei Lappen geteilt und dann durch die Blasenöffnung gezogen. Die beiden Lappen wurden auseinander gespreizt und durch durchgreifende, feine Seidennähte an der Blaseninnenfläche befestigt. Die Nähte wurden auf der peritonealen Außenseite der Blase geknotet. Verschluß der Blase durch Catgutnähte. Verschluß der Bauchhöhle. Gazedrainage des prävesikalen Raumes. Dauerkatheter. Vollkommene Heilung.

Dasselbe Einpflanzungsverfahren des Harnleiters in die Blase führte V. ebenfalls mit gutem Erfolge in einem zweiten Falle aus, wo der Harnleiter bei einer ausgedehnten Resektion des karzinomatös erkrankten Mastdarmes verletzt worden war.

Die geschilderte Operationsmethode zieht V. der Ureter-Ureteralanastomose vor, weil sie leichter auszuführen ist, weil sich weniger leicht Strikturen bilden, und weil im Falle einer Strikturbildung die Behandlung der Striktur leichter ist.

Läwen (Leipzig).

28) **Fiori.** Calcolosi e ristringimenti multiple dell' uretere; ureterotomia ed estesa uretero-eteso-plastica.

(Policlinico 1905. Ser. chir. Fasc. 2.)

Eine Frau von 21 Jahren zeigte die Erscheinungen von intermittierender Pyonephrose: Anfälle von Schmerz in der Lendengegend mit Verminderung der täglichen Urinmenge, die mit einem starken Abgang von Eiter sich lösen. Eine Nephrotomie zeigte Erweiterung der Harnleiter und des Beckens, keine Steine, hatte nur vorübergehend Erfolg. Daher wurde in einer zweiten Sitzung der Harnleiter freigelegt und erwies sich nun im mittleren Drittel der Pars pelvica teils erweitert, teils verengt, die Innenwand mit Inkrustationen besetzt. Diese Partie wurde gespalten und zahlreiche kleinere Steine entfernt. Es blieb nun ein Substanzverlust der Wand auf eine ziemliche Länge von ca. 17 cm; ein Katheter wurde in die Blase von oben eingeführt und über ihrer Wunde vernäht, indem zur Bedeckung die Reste der Harnleiterwand, sowie das Bauchfell und die Psoasfascie verwandt wurden. Der Katheter konnte am 4. Tage entfernt werden, es stellte sich ein guter Abfluß des Urins her, der, getrennt aufgefangen, rechts nur wenig eitriges

Sediment und etwas Albumen aufwies, aber in gleicher Quantität wie links abgesondert wurde. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

29) **S. Rolando.** Contributo all' ernia del uretere.

(Riforma med. XX. Nr. 21.)

R. fand bei der Operation eines beweglichen linksseitigen Schenkelbruches bei einer 27jährigen Pat. den Harnleiter neben dem Bruchsack im Schenkelkanale vor. Nach Besprechung der Literatur dieser seltenen Komplikation macht er auf die Unterscheidungsmerkmale des Harnleiters vom Ligamentum rotundum, besonders auf deren Verhalten zum Peritoneum aufmerksam. **A. Most** (Breslau).

30) **L. Thumin.** Was leistet die Cystoskopie bei Verletzungen der Blase und der Ureteren? (Aus L. und Th. Landau's Privatklinik in Berlin.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 9.)

Die Antwort auf obige Frage wird durch Mitteilung einiger interessanter Fälle gegeben, in denen nur durch die Cystoskopie die Lage feiner Blasen-Scheidenfisteln und einer Narbenstenose am untersten Harnleiterabschnitt erkannt werden konnte. Auch für den Nachweis postoperativer Harnleiterfisteln leistet die Methode die besten Dienste. **Kramer** (Glogau).

31) **W. Klotz.** Clinical studies in ureteric meatoscopy.

(Med. news 1905. Februar 25.)

Es werden in 20 Fällen die cystoskopischen Befunde der Harnleitermündung beschrieben. Darunter befinden sich 12 Fälle von Lithiasis; die anderen betreffen Tuberkulose, Pyelonephritis und Pyonephrose.

Verf. gelangt zu dem Schluß, daß das Bild der Harnleitermündung in diagnostischer Hinsicht den Harnleiterkatheterismus unterstütze, zurzeit aber noch nicht derartig ergründet sei, um einen Rückschluß auf pathologische Prozesse der Niere, des Nierenbeckens wie des Harnleiters zu gestatten.

Hofmann (Heidelberg).

32) **Riegner.** Über Harnblasengeschwülste.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 484.)

Es werden die Krankengeschichten folgender drei Fälle mitgeteilt:

1) 33jährige Uhrmachersfrau. Seit 10 Wochen Blasenbeschwerden. Cystoskopie ergibt an der vorderen oberen Blasenwand eine etwa zweimarkstückgroße, kreisrunde, scharf begrenzte, breitbasige Geschwulst. Exzision. Blasennaht. Heilung. Die histologische Untersuchung ergab Gallertkrebs.

2) 51jährige Frau. Vor 8 Monaten Blut im Urin, desgleichen in den letzten 5 Wochen. Kachexie. Tod im urämischen Koma. Bei der Sektion war die ganze Blase stark verdickt und von gallertig aussehenden Geschwulstmassen durchsetzt. Es handelte sich ebenfalls um Gallertkrebs.

3) 36jähriger Mann. Seit 4 Jahren Urindrang, erschwertes Harnlassen, Schmerzen in der Blasengegend. Mäßige Striktur nach Gonorrhöe vor 16 Jahren. Seit etwa 3 Monaten Blasenblutungen. Cystoskopie ergab eine gestielte, etwa walnußgroße Geschwulst in der Gegend des Trigonum und der linken Harnleitermündung. Exzision der sehr weichen, leicht bröckelnden Geschwulst mit der angrenzenden Schleimhaut samt der Einmündungsstelle des linken Harnleiters. Heilung. — Nach 8 Monaten erneute Blutungen. Es fanden sich zwei linsengroße, knopfförmige Papillome. Operation abgelehnt. Nach weiteren 2 Monaten war außer mehreren kleineren Geschwülsten ein das Trigonum verdeckende, etwa hühnereigroße Geschwulst vorhanden. Die zuerst entfernte Geschwulst war ein papilläres Fibrom, die neu entstandene ein Karzinom.

M. v. Brunn (Tübingen).

33) **L. Whitaker Allen.** Report of a case of chronic pyelitis, due to bacillus coli communis infection, simulating renal tuberculosis.

(Amer. journ. of the med. sciences 1905. März.)

Bei einer unter dem Bilde der Nierentuberkulose erkrankten 40jährigen Frau wurde die Nephrotomie vorgenommen. Es fanden sich keine tuberkulösen Veränderungen. Eine aus dem Nierenbecken angelegte Reinkultur ergab Bakterium coli commune. Dasselbe erwies sich als pathogen für Meerschweinchen. Die Kranke erholte sich sehr rasch. 3 Wochen nach der Operation ließen sich in der drainierten Wunde keine Kolonbakterien mehr nachweisen.

Das rasche Zurückgehen der örtlichen und allgemeinen Erscheinungen führt Verf. auf systematisch durchgeführte Spülungen des Nierenbeckens, des Ureters und der Blase mit Formalin-Wasserstoffsuperoxydlösungen zurück.

Läwen (Leipzig).

34) **Nicolich.** Pyonéphrose calculeuse; néphrolithotomie. Guérison sans fistule.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1905. Nr. 5.)

Verf. hat einen 48jährigen Kranken, der infolge schwerster Urosepsis dem Tode nahe war, durch Inzision einer rechtsseitigen kalkulösen Pyonephrose geheilt. Extraktion eines taubeneigroßen Konkrementes; Tamponade. Heilung ohne Fistel.

Paul Wagner (Leipzig).

35) **Habs** (Magdeburg). Über Nierenverletzungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 13.)

H. bespricht die diagnostischen Merkmale der verschiedenen Formen subkutaner Nierenverletzungen und stützt sich dabei mit auf vier eigene Beobachtungen. Drei dieser stellten tief bis ins Nierenbecken dringende Einrisse, bezw. Zertrümmerungen der Niere dar; einer dieser Fälle heilte ohne Operation, einer nach der Exstirpation der Niere, während im dritten Pat. nach dieser infolge der gleichzeitig erfolgten Quetschung des Colon ascendens, Nekrose desselben und Peritonitis zugrunde ging. Der vierte Fall von oberflächlicher Quetschung der linken Niere war durch das Fehlen von Hämaturie bei Bestehen ausstrahlender Schmerzen von den Lenden bis in die Harnröhre und Hoden und bei Verminderung der Harnausscheidung ausgezeichnet. Die Niere war nur anfangs schmerzhaft angeschwollen, der Urin frei von Eiweiß, Zucker, Blut, die Gefrierpunktsdifferenz 1,15° C, die Bauchmuskulatur linkerseits in den ersten Tagen straff gespannt. Auf Grund dieser Symptome mußte eine nur oberflächliche Verletzung der Niere, die nicht bis ins Nierenbecken hineinreichte, angenommen werden. **Kramer** (Glogau).

36) **Herescu.** Zwei durch Nephrektomie erhaltene Nieren.

(Chirurgische Gesellschaft in Bukarest, Sitzung am 17. November 1904.)

H. zeigte zwei von verschiedenen Kranken exstirpierte Nieren, bei welchen als Hauptsymptom Hämaturie zu verzeichnen war, es sich aber um ganz verschiedene Krankheiten gehandelt hatte. Der eine Fall betraf einen 15jährigen Knaben, welcher seit 15 Tagen außerordentlich reichliche Hämaturie aufwies, wobei auch Blutgerinnsel entleert wurden. Vor 9 Monaten waren ähnliche Blutungen aufgetreten, die aber nur 2 Tage gedauert hatten. Die linke Niere wurde sehr vergrößert gefunden und reichte nach unten bis unter die Höhe des Nabels, war unbeweglich, hart und schmerzlos auf Druck. Die vorgenommene Nephrektomie förderte eine Niere zutage, welche im oberen Pole Ekchymosen und Infarkte, auf einer Papille ein kleines Papillom und in der übrigen Nierensubstanz zahlreiche Granulationen aufwies. Wahrscheinlich handelte es sich um Tuberkulose. Pat. wurde 21 Tage nach der Operation geheilt entlassen.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen 37jährigen Pat., welcher ebenfalls hartnäckige und oft sich wiederholende Harnblutungen gehabt, aber auch Harn-

sand und Steinchen entleert hatte. Man fühlte in der linken Bauchseite eine Geschwulst, welche sich nach unten bis nahe an die Fossa iliaca und medianwärts bis zum Nabel erstreckte. Man diagnostizierte ein Neoplasma, fand aber nur eine große Bright'sche Niere und eine außerordentlich stark entwickelte sklerōse Perinephritis. Heilung. **E. Toff** (Braila).

37) **L. B. Bangs.** Hematuria as a symptom of hydronephrosis.

(Med. news 1905. Februar 11.)

Mit Ausnahme von Israel findet Verf. nur noch bei vier anderen Autoren auf eine Hämaturie bei Hydronephrose hingewiesen. Die Zahl der berichteten Fälle beträgt 13, worunter Israel allein 9 anführt.

Der vorliegende Fall betrifft einen 19jährigen jungen Mann, welcher 1 Jahr lang intermittierend über Übelkeit, Verstopfung und blutigen Harn klagte.

Nachdem mittels Harnscheider die Diagnose auf Erkrankung der linken Niere gestellt war, wurde die Nephrotomie ausgeführt. Ein großer hydronephrotischer Sack hatte das Nierenparenchym bis auf einen kleinen Rest am oberen Pole zum Verschwinden gebracht. Die Blutung war anscheinend aus einem arrodierten Gefäß des Sackes erfolgt, da dieselbe durch Bespülen mit heißem Wasser von neuem ausgelöst werden konnte. Der Sack wurde drainiert und die Exstirpation desselben mit dem Nierenrest erst 10 Monate später vorgenommen, worauf vollständige Genesung eintrat. **Hofmann** (Heidelberg).

38) **A. Stauder** (Nürnberg). Nephrektomie eines Falles von vereiterter multilokulärer Cystenniere.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 5.)

Es handelte sich um eine sehr große angeborene multilokuläre Cystenniere, welche unter den heftigsten Fieberanfällen vereiterte; bei der Operation wurde ein während dieser platzender paranephritischer und im Innern der Niere mit jenem in Verbindung stehender großer, sowie ein im oberen Drittel der Niere gelegener kleinerer Eiterherd gefunden. Nach der Nierenexstirpation bestand das Fieber noch einige Zeit fort, war der Wundverlauf indes ein guter; indes trat nach einigen Wochen auch eine Vergrößerung der anderen Niere und eine allerdings anscheinend nur auf das Nierenbecken beschränkte Eiterung aus dieser auf, die sich unter Urotropingebrauch allmählich besserte. Die Ursache der Vereiterung beider Nieren sieht S. in einer aufsteigenden Infektion von der Blase aus infolge eines alten Vorfalles der Scheide und der Gebärmutter.

Verf. bespricht anschließend die Indikationen für die Behandlung der multilokulären Cystenniere. **Kramer** (Glogau).

39) **G. del Fabbro.** Gravidanza e nefrectomia.

(Gazz. degli ospedali 1905. Nr. 4.)

Eine Pyelonephritis bei einer 27 Jahre alten Schwangeren heilte während der Gravidität aus, führte aber zu einem perinephritischen Abszeß, in dessen Gefolge die Exstirpation der Niere erfolgte. Diese erwies sich als völlig gesund. Die Nephrektomie wurde hier im 3. Schwangerschaftsmonat ohne Schaden für die Gravidität ausgeführt. Ihr Zeitpunkt liegt nach Ansicht des Verf.s bei gesundem Herzen zwischen 1. und 6. Schwangerschaftsmonat. Später ist es nützlicher, die Gravidität vor der Operation zu unterbrechen. **Dreyer** (Köln).

40) **P. Kuzmik.** Hypernephroma renis.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 185.)

Verf. berichtet ausführlich über drei Fälle von Hypernephroma renis aus der Budapester Klinik. Sie wurden beobachtet bei einem 57jährigen und einem 56jährigen Mann und bei einer 54jährigen Frau. In allen drei Fällen machte die Geschwulst zunächst keine Beschwerden, und in zwei Fällen wurden die Kranken erst durch eine plötzlich auftretende Hämaturie auf ihr Leiden aufmerksam. In allen

drei Fällen wurde die erkrankte Niere exstirpiert. Der erste Fall ist seit 5 Jahren geheilt geblieben. Der zweite Pat. starb nach $1^1/_2$ Jahren infolge einer Nephritis der zurückgelassenen Niere; der dritte starb 26 Tage nach der Operation. Die Geschwulst war in die Venen eingebrochen, füllte die V. cava eine weite Strecke lang aus und drang auch in die V. iliaca communis und in die V. profunda femoris sin. ein. Metastasen waren im 4. Lendenwirbel, in den Rippen, der Lunge und in der anderen Niere vorhanden.

Den Nachweis von Metastasen sieht Verf. als eine entschiedene Kontraindikation gegen die Operation an; dagegen soll man sich durch die Größe der Geschwulst nicht von der Operation abschrecken lassen, da sich daraus keine Schlüsse auf den Grad der Bösartigkeit ziehen lassen. **M. v. Brunn** (Tübingen).

41) **H. Klinger** (Aussig). Torsion des Samenstranges.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 8.)

Fall von Nekrose des im Hodensack gelegenen rechten Hodens infolge von vollständiger Drehung des Samenstranges. K. führt diese auf übermäßige Beanspruchung der Bauchpresse, die sich beim Tragen schwerer Säcke geltend gemacht hatte, zurück. **Kramer** (Glogau).

42) **R. Werth.** Über die Erfolge eines verschärften Wundschutzes bei der gynäkologischen Laparotomie.

Sammlung klin. Vorträge N. F. Nr. 389. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1904.

W. hat seit Ende Dezember 1902 bei Laparotomien die von v. Mikulicz begründeten und von Küstner für die gynäkologische Laparotomie noch weiter ausgebildeten Prinzipien aseptischen Vorgehens befolgt, d. h. — neben der Verwendung von Cumol- und Jodcatgut — sterile Gummimanschetten zur Bedeckung der Bauchwundränder angelegt, mit Gummihandschuhen operiert und außerdem für sterile Einhüllung inkl. des behaarten Kopfes, Mundbinden, Abdeckung des Gesichtes des Kranken, Verbot von lautem Sprechen usw. Sorge getragen. In allen Fällen der 170 unter so verschärftem Wundschutz ausgeführten Laparotomien ist ausnahmslos die Heilung der Bauchwunde p. p. i. erfolgt, jede die primäre Heilung störende Eiterung ferngeblieben (in 8 weiteren Fällen des gleichen Zeitraumes, die tödlich verliefen, war niemals eine primäre ektogene Infektion die Ursache des tödlichen Ausganges). Bemerkenswert ist jedoch, daß sich bei 3 der unter Gummischutz operierten 9 Tuberkulosefälle nach p. pr. erfolgter Heilung der Wunde später in der Narbe Abszesse bezw. Fisteln tuberkulöser Natur zeigten, die auf eine Übertragung der Tuberkulose in die Bauchwunde zurückzuführen waren. — Der intraabdominelle Wundverlauf ist im allgemeinen ein sehr günstiger gewesen; in 133 Fällen fehlte jegliche Schwellung im Operationsgebiet, in den übrigen war eine solche nur geringfügiger Art nachweisbar. Was die postoperative Morbidität anlangt, so war zwar in ca. der Hälfte der Fälle nach der Operation Fieber aufgetreten, dieses aber in der Mehrzahl nur ein leichtes, aseptisches, in den übrigen meist durch extragenitale Ursachen bedingt. Größere Störungen in der motorischen Funktion des Darmkanales sind nie vorgekommen (W. verwendet vor und nach der Operation die Darreichung von Abführ- bezw. narkotischen Mitteln, um nicht die muskuläre Energie der Darmwand zu schädigen); dagegen wurden 5mal Thrombosen der unteren Extremität, 2mal Erscheinungen leichter Lungenembolie beobachtet.

Bei Vergleichung mit dem Verlaufe der früheren Laparotomien stellen obige Ergebnisse, vor allem in bezug auf die äußere Wundheilung, einen sehr erheblichen Fortschritt dar, den W. auf die verschärfte Asepsis, den in höherem Maße gesicherten Wundschutz zurückführt. **Kramer** (Glogau).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 21. **Sonnabend, den 27. Mai.** **1905.**

1) **Wiczkowski.** Beitrag zum mikroskopischen Befunde des Wundsekretes.

(Polnisches Archiv für biologische und medizinische Wissenschaften Bd. III.)

W. untersuchte das an der Oberfläche von Granulationen sich findende Sekret und entdeckte dabei Leukocyten, deren Protoplasma acidophil und von deutlichen neutrophilen Granulationen durchsetzt ist, während die chromatinreichen Kerne basophil erscheinen.

Verf. hält diese Zellen als Jugendformen, etwa den Myelocyten im Knochenmark entsprechend. Dafür sprechen der kleine chromatinreiche Kern und das Protoplasma mit den neutrophilen Granulationen.

Sie dürften dann, wie die Myelocyten, die Mutterzellen der polynukleären Zellen sein. Daraufhin wäre man berechtigt anzunehmen, daß auch in der Wunde Prozesse sich abspielen, die eine lokale Vermehrung von polynukleären Zellen zur Folge haben.

Ehrlich hält die beschriebenen Zellen als identisch mit den von ihm beschriebenen Pseudolymphocyten. **Silberberg** (Breslau).

---

2) **E. Kirmisson.** Sur le décollement traumatique des épiphyses.

(Revue d'orthopédie 1904. Nr. 6.)

Die traumatischen Epiphysenlösungen, deren genauere Untersuchung eigentlich erst die Röntgenstrahlen erlauben, kommen an sich nicht so selten vor, treten aber natürlich an Häufigkeit bei weitem hinter den gewöhnlichen Gelenk- und Nebengelenkbrüchen zurück; sie haben aber eine ganz bestimmte, früher verkannte anatomische und klinische Bedeutung. Sie sind am häufigsten nicht in der ersten Kindheit, wo die Knorpel noch weich sind, sondern im Jünglingsalter, vom 12.—15. Lebensjahre bis zum 25. Sie sind im Versuch auch nicht durch einen einfachen direkten Zug zu erzeugen, welcher die dicke Periostmanschette nicht sprengen würde, sondern entstehen durch drehende Gewalt und weit überwiegend indirekt. In der größten Mehrzahl der Fälle bleibt die Knorpelscheibe an der Epiphyse hängen; die Sprengung kann aber auch mitten durch jene gehen. In der Regel reißt auch das fest an die Epiphyse angeheftete Periost durch, nur bei den »Epiphysenversteifungen« (Ollier), den unvollkommenen Lösungen, beteiligt es sich weniger an der Kontinuitätstrennung; in anderen Fällen löst es sich weit, manschettenförmig von der Diaphyse ab. Am meisten betroffen scheinen — die einzelnen Statistiken weichen in diesem Punkte voneinander ab — die untere Epiphyse des Femur, die untere Epiphyse des Radius, die obere Epiphyse des Humerus.

Nachdem Verf. diese, sowie die Epiphysenlösungen am unteren Ende des Humerus, am oberen Ende des Femur und diejenigen an der Tibia und Fibula an der Hand eigener Beobachtungen und von Fällen aus der Literatur bezüglich ihrer besonderen Eigentümlichkeiten, Differentialdiagnose, Prognose, Komplikationen und therapeutischen Maßnahmen besprochen hat, fügt er noch einige allgemeine Bemerkungen hinzu, welche sich auf die Wachstumsstörungen danach beziehen. So regelmäßig eigentlich man dieselben vermuten sollte, und so gut sie im Experiment auch erzeugt werden können, so tritt diese Folgeerscheinung in der Kasuistik doch auffällig selten hervor. Das liegt zum Teil daran, daß nicht jeder Epiphysenknorpel für das Längenwachstum entscheidende Bedeutung hat, daß es natürlich auch auf das Alter des Individuums, die Art der Verletzung ankommt, daß geringe Wachstumsstörungen sich nicht immer bemerklich machen, zuweilen auch durch vermehrtes Wachstum benachbarter Epiphysen zum Teil

kompensiert werden. Immerhin kommen doch Verkürzungen bis zu 13 cm Ausdehnung vor. **Herm. Frank** (Berlin).

---

3) **Bickham.** The operative treatment of fractures in general.

(Post-graduate 1905. Vol. XX. Nr. 3. März.)

(Vortrag in der Clin. soc. of the New York Post-graduate med. school and hospital.)

Im allgemeinen steht B. auf dem Standpunkte, daß nur unter ganz bestimmten Bedingungen die Frakturbehandlung auf operativem Wege zu erfolgen hat, daß man bei allen Frakturen langdauernde Fixation vermeiden, sich abnehmbarer oder gefensterter fixierender Verbände bedienen und sofort mit vorsichtiger Massage beginnen soll; sobald Konsolidation erfolgt ist, sollen aktive Bewegungen ausgeführt werden. Das Urteil über den Erfolg der Therapie soll sich nicht auf das Resultat der Röntgenuntersuchung allein stützen, sondern besonders auch auf die Funktion.

Zur Vereinigung angefrischter Knochenenden empfiehlt Verf. aufs wärmste resorbierbares Material, und zwar Känguruhsehnen oder Chromcatgut; er erwähnt der Vollständigkeit halber auch Silberdraht, Nägel, Elfenbeinstifte, Schrauben, Zwingen, Klammern und Rahmen.

Es folgen die verschiedenen Methoden der Knochentransplantation. Dabei erwähnt B. ausführlich einen von A. W. Morton mit vollem Erfolg unternommenen Versuch, bei welchem ein großer Defekt der Tibia am Menschen durch Knochen vom Hunde ersetzt wurde; und zwar blieb der Hundeknochen im Zusammenhange mit dem lebenden Hunde selbst, der 5 Wochen lang neben dem Pat. liegen mußte, bis die Ernährungsbrücke getrennt wurde.

Bei einfachen unkomplizierten Frakturen ist das operative Verfahren nur dann angezeigt, wenn man die Bruchenden nicht gut adaptieren oder auf andere Weise in adaptierter Stellung nicht festhalten kann; ferner bei Frakturen, die entweder in der Nähe eines Gelenkes liegen oder in dasselbe selbst sich erstrecken, sowie dort, wo man wegen einer komplizierenden Nerven- oder Muskelzerreißung oder wegen Schädigung großer Gefäße einen Eingriff mit Vorteil unternehmen würde. Man sollte dann aber sofort operieren, nicht abwarten.

Besonders oft wird man sich zum Eingriff entschließen bei Schrägbrüchen der Tibia, bei Frakturen des Humerus nahe dem Schulter- und Ellogengelenk, des Femur an den beiden Gelenkenden, der Kniescheibe, sowie bei Frakturen der Wirbelsäule und des Schädels.

Das operative Verfahren ist natürlich angezeigt bei verzögerter bezw. fehlender Konsolidation und bei Heilung mit Dislokation. Im letzteren Falle rät B. dringend von der Osteoklase ab und bedient sich nur der offenen subperiostalen Osteotomie.

Komplizierte Frakturen behandelt B. im allgemeinen mit operativer Freilegung der Bruchenden und mehrtägiger primärer Drainage und Desinfektion. — Komminutivfrakturen legt er nur dann frei, wenn der klinische Befund und das Röntgenbild eine genügende Heilung nicht zu versprechen scheinen.

Bei Epiphysenlösungen ist genaueste Adaption besonders wichtig; sie wird auch hier am besten auf operativem Weg erfolgen.

Endlich berichtet B. über eine Umfrage, die Bennett 1900 bei 300 englischen Chirurgen veranstaltete mit dem Erfolge, daß nur 5% Anhänger des prinzipiell operativen Verfahrens waren, 30% etwa auf dem Standpunkte B.'s sich befanden und 65% die Operation nur auf wenige Ausnahmefälle beschränken wollten.

In der Diskussion stimmen sämtliche Redner den Ausführungen B.'s zu.

Beck erwähnt noch, daß er sich der künstlichen Blutleere nur in Ausnahmefällen bediene, da deren Nutzen durch den Schaden der Nachblutung bedeutend übertroffen werde.

Lloyd hebt hervor, daß die passiven Bewegungen meist zu roh ausgeführt würden und empfiehlt dabei größte Vorsicht. Auch er hat von der Verwendung der Känguruhsehnen und des Chromcatguts besonders gute Erfolge gesehen.

Hawkes empfiehlt, die Röntgenaufnahmen von verschiedenen Seiten zu machen, um Fehldiagnosen zu vermeiden. Auch er ist wie Beck kein Freund der künstlichen Blutleere in diesen Fällen.

Rose bedient sich statt der Massage mit Vorteil warmer Bäder von langer Dauer; Gelenkfrakturen pflegen besonders gut dabei zu heilen.

Im Schlußwort erklärt B. seine Zustimmung zu diesen Bemerkungen; nur glaubt er Beck und Hawkes gegenüber auf die künstliche Blutleere nicht verzichten zu sollen. **W. v. Brunn** (Rostock).

---

4) **E. Hoennicke.** Über das Wesen der Osteomalakie und seine therapeutischen Konsequenzen. Ein Beitrag zur Lehre von den Krankheiten der Schilddrüse nebst Bemerkungen über den seelischen Zustand bei der Knochenerweichung.

(Sammlung zwangl. Abhandl. aus dem Gebiete der Nerven- u. Geisteskrankheiten Bd. V. Hft. 4 u. 5.)

Halle a. S., **Karl Marhold**, 1905.

Ein Fall von schwerem Basedow mit großem Kropf bei einem 47jährigen kyphoskoliotischen und x-beinigen irren Arbeiter, bei dem die Sektion trotz geringer klinischer Erscheinung hochgradige osteomalakische Veränderungen zutage förderte, veranlaßte H., den Beziehungen zwischen Osteomalakie und den Erkrankungen der Schilddrüse nachzuforschen. Er hat zu diesem Zwecke das Hofmeier'sche Material von puerperalen Knochenerweichungen einer sorgfältigen Nachuntersuchung unterzogen. Einen prinzipiellen Unterschied zwischen der puerperalen Form und den anderen, der senilen, infantilen usw., erkennt er nicht an. Er sieht vielmehr die Osteomalakie als eine einheitliche Krankheit an, die, ungleich verteilt, endemisch auftritt. Die Endemien sind alle an Kropfgegenden gebunden, während die sonst

als Ursache angeführte Malaria und Pellagra nur zuweilen nicht gesetzmäßig mit Osteomalakie endemisch vorkommen. Beide Krankheiten sind geographisch aneinander gebunden: wo Osteomalakie ist, sind auch Kröpfe, und wo es keine Kröpfe gibt, wird auch die Osteomalakie nicht beobachtet. Für Deutschland stellt sich die Sache derart, daß durch eine von NW nach SO gezogene Diagonale die südwärts im Gebirge liegenden Kropfgegenden von den nordöstlichen Teilen, wo der Kropf nur sporadisch zur Beobachtung kommt, geschieden werden. Südwestlich der Linie tritt auch die Osteomalakie endemisch auf, ebenso wie bekanntlich der Kretinismus; nordöstlich fehlt sie.

Bei der Mehrzahl der Osteomalakien finden sich, wenn auch öfters wenig ausgesprochen, einzeln oder kombiniert gewisse nervöse Symptome: Kongestionen, feinschlägiger Tremor, Schwindelanfälle, Tachykardie, Durchfälle usw., die in ausgesprochenem Maße gerade zum klinischen Bilde des Morbus Basedow gehören. H. faßt sie als thyreogene auf und reiht die Osteomalakie zu den Schilddrüsenerkrankungen. Er weist dabei auf die günstigen Erfolge der Phosphorbehandlung bei Knochenerweichung und Schilddrüsenerkrankung (besonders Morbus Basedow) hin und erklärt die Kastrationserfolge bei weiblichen Osteomalakischen aus der nach dieser Operation beobachteten Verminderung der Phosphorausscheidung (Tarulli, Curatulo). Hierdurch werde in vielen Fällen die infolge der Schilddrüsenerkrankung stets vermehrte Ausscheidung der Phosphorsäure bald mehr, bald weniger kompensiert, und die event. Unterschiede im Phosphorausgleich erklärten einerseits die Erfolge, andererseits die kleineren oder größeren Mißerfolge der Fehling'schen Operation. Maßgebend für den Erfolg sei das Zustandekommen des Phosphorgleichgewichts im Stoffwechsel; ob dies durch vermehrte Zufuhr oder verminderte Ausscheidung — Autotherapie durch Kastration — erreicht werde, sei irrelevant.

Da es sich also bei der Osteomalakie um eine Dys- bezüglich Hyperthyreosis handelt, empfiehlt Verf. therapeutisch die Resektion der Schilddrüse nach Analogie des Morbus Basedow. Es wäre wünschenswert, daß die Praxis die Theorie bestätigte.

Müller (Dresden).

---

5) Beck. Der Wert des Röntgenverfahrens in der Chirurgie.

(Moderne ärztliche Bibliothek Hft. 18/19. Berlin, L. Simion Nachf., 1905.)

Der bekannte deutsch-amerikanische Verf., der sich um die Verwertung des Röntgenverfahrens namentlich in Amerika so große Verdienste erworben hat, gibt einen kurzen Überblick, welche Vorteile die Chirurgie dem verhältnismäßig so jungen Hilfsmittel verdankt. Die Lehre von den Knochenbrüchen hat eine völlige Umgestaltung erfahren, der Arzt ist in den Stand gesetzt, frühzeitig die Difformitäten zu erkennen und dadurch leichter zu beseitigen, selbst im Gipsverbande die Lagerung zu kontrollieren. In vielen Fällen hat das Röntgenbild dokumentarischen Wert. Für die Erkennung der Geschwülste an allen Teilen des Körpers, namentlich in den Körperhöhlen, leistet das

Röntgenverfahren hervorragendes, es läßt oft feststellen, ob und welche Operation vorgenommen werden soll; das gleiche gilt von den angeborenen Mißbildungen. Die Darstellung von Konkrementen der Niere hat eine große Vollkommenheit erreicht, während Gallensteine noch nicht sicher nachzuweisen sind. Entzündliche Vorgänge an den Knochen, Osteomyelitis, Tuberkulose, Cysten, sind ein dankbares Objekt für Skiaskopie. Die Knochenatrophie bezw. Verarmung an Kalksalzen als Vorläufer mancher entzündlichen Erkrankungen und als Folge von solchen wie von Verletzungen wird in ihrer Wichtigkeit gewürdigt. In der kurzen Übersicht sind nur allgemeinere Gesichtspunkte, keine technischen oder Einzelheiten gebracht. Den Schluß bildet der Hinweis auf die Gefahren und die therapeutische Verwendung der Strahlen.

Trapp (Bückeburg).

6) **A. Huguier.** Traitement des ankyloses par la résection orthopédique et l'interposition musculaire.

Thèse de Paris 1905.

Im ersten allgemeinen Teile behandelt Verf. zunächst die verschiedenen Substanzen, welche zur Verhütung neuer Ankylosenbildung nach ihrer operativen Beseitigung angewendet sind. H. verwirft alles tote Material, weil es entweder resorbiert wird oder als Fremdkörper liegen bleibt und so zu Reizungen Veranlassung gibt. Desgleichen ist er ein Gegner der Einlagerung von Hautstücken. Denn abgesehen davon, daß dieselben schwer keimfrei zu machen sind, haben sie den Nachteil, daß, wenn sie ihren normalen Zustand behalten, sie dann auch weiter in ihrer Funktion ungestört bleiben. Es kommt zur Abschuppung, die Talgdrüsen sezernieren weiter, und es treten so leicht Entzündungen und Retentionen nach Ansicht des Verf. ein. So bleibt nach ihm als einzig empfehlenswerte Methode die Einlagerung von Muskellappen. Zwecklos ist dieselbe naturgemäß da, wo die Atrophie der Muskeln soweit vorgeschritten ist, daß eine gute spätere Funktion aus diesem Grunde ausgeschlossen ist; angebracht ist dieselbe bei Entzündungen, die ihrem ganzen Charakter nach trotz Beseitigung der Ankylosen zu Rezidiven und erneuten Ankylosen neigen. Es sind dies in erster Linie die blennorrhoischen und stufenweis abgeschwächt die rheumatischen, tuberkulösen eitrigen und schließlich traumatischen. Daß naturgemäß das Alter des Pat., sowie der Erkrankung prognostisch eine wesentliche Rolle spielen, wird am Schluß dieses ersten Teiles ausgeführt. Im zweiten Teile werden die einzelnen Methoden an den verschiedenen Gelenken besprochen und mit Krankengeschichten erläutert. Hier sind besonders die französischen, aber auch die deutschen Verfahren teilweise mit sehr guten Zeichnungen eingehend beschrieben. Am ausführlichsten behandelt sind die Ankylosen des Kiefergelenkes und des Ellbogens. Bei letzteren zieht Verf. in allen Fällen, wo man die Ankylose manuell beseitigen kann und dann nur zur Vermeidung von Rezidiven einen Muskellappen interponiert, die bilaterale Eröffnung des Gelenkes vor, weil alsdann das Olecranon mit der

Tricepssehne und so eine bessere Funktion des Gelenkes erhalten wird, außerdem das Nachvornsinken des Armes verhindert wird. Andererseits ist bei dieser Methode die Interposition technisch schwieriger, und eine völlige Beweglichkeit wird gerade wegen des Olecranons selten erzielt. Den größten Wert legt Verf. auf die Nachbehandlung, verwirft hierbei alle forcierte Massage- und Bewegungsversuche, da besonders letztere mehr schaden als nützen können.

Coste (Straßburg i. E.).

---

7) **A. Ahlberg.** Über die »Esmarch'sche Blutleere« nach Unglücksfällen.

(Nord. med. arkiv Bd. XXXVII. III. Folge. Bd. IV. Abt. I. Nr. 3. [Deutsch.])

An der Hand dreier näher erörterter Fälle von elastischer Einwicklung der Extremitäten wegen stark blutender Wunden, wo die elastische Binde zu spät entfernt wurde und der betreffende Teil der Extremitäten geopfert werden mußte, wiederholt Verf. die aus der allgemeinen Chirurgie bekannten Warnungen des Altmeisters Esmarch, seine Methode der Bluterspamis nicht planlos anzuwenden.

Jeder Arzt, der in der Provinz eine oder einige Meilen von einem Krankenhaus entfernt seine Tätigkeit hat, soll das blutende Gefäß unterbinden können. Wird die Wunde in der Richtung der Arterie verlängert, wird das blutende Gefäß bald für Unterbindung erreichbar. Mißlingt diese Operation entweder aus äußeren Gründen oder wegen tiefer Lage der Arterie, »mag der Arzt eine fortlaufende Naht über die Wunde legen und sich ein Aneurysma spurium bilden lassen und einen Kompressionsverband auf dieselbe legen«. — Durch einfaches Auskochen der herbeigebrachten Utensilien kann sogar eine völlig aseptische Operation auch in den schwierigsten äußeren Verhältnissen ausgeführt werden. Nach Beendigung der Operation müssen alle straffen Binden gelöst werden, damit der Kreislauf wieder in Gang kommen kann. Nötige Hochlagerung ist nicht zu vergessen. Mehr als 3 Stunden sollte überhaupt die Esmarch'sche Konstriktion niemals dauern.

Hansson (Cimbrishamn).

---

8) **J. A. Fordyce** (New York) and **M. F. Engmann** (St. Louis). Affections of the mucous membranes in their relation to skin diseases.

(Amer. dermatol. assoc. Niagara Falls 1904. Juni.)
(Journ. of cutan. diseases 1904. Nr. 9.)

Ausführliche Darstellung der Schleimhauterkrankungen der oberen Luftwege, des Mundes, der Urethra und Vagina und des Magen-Darmkanals bei Erkrankungen der allgemeinen Decke. Neben Ekzemen, Psoriasis, bullösen Dermatosen usw. finden Lues, Lichen planus, Lupus erythematosus und Lichen ruber eine übersichtliche Besprechung. Eine ausführliche Literaturzusammenstellung ist den Referaten beigegeben.

Urban (Berlin).

---

9) **Henle.** Zur Behandlung des akuten Schnupfens.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 6.)

In fünf Fällen — von denen einer eine chronische Rhinitis zeigte, keinen Erfolg — hat H. mit Erfolg die Bier'sche Stauung am Halse in einer Stärke von 25—30 mm Druck ausgeführt, und zwar durch etwa 3 Stunden hindurch. Die unangenehmen Sensationen des Kopfdruckes, des Kitzelgefühles schwinden bald. Auch die eigentlich katarrhalischen Erscheinungen gehen in außergewöhnlich kurzer Zeit zurück.

Borchard (Posen).

---

10) **Stenger.** Zur Kenntnis der Frühsymptome maligner Tumoren des Nasen-Rachenraumes.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 13.)

Besonders bei den in der Gegend des Keilbeinkörpers sich bildenden Geschwülsten, die auf die Tubenmündung Einfluß haben müssen, können frühzeitig schwere Ohrenschmerzen auftreten, die im Gegensatz zu den Schmerzen bei Tubenkatarrh hartnäckiger Natur sind. Diese Beschwerden können den Symptomen von seiten der Nase vorausgehen.

Borchard (Posen).

---

11) **Groves.** On the advantages of enucleation of the tonsils over their removal by the guillotine.

(Bristol medico-chir. journ. 1905. März.)

Da bei der Entfernung der vergrößerten Mandeln mit dem Tonsillotom stets der tiefer gelegene Teil der Drüse zurückbleibt, da dieser oft stärker als der oberflächliche, manchmal sogar allein vergrößert ist, und da eine Rückbildung des zurückgelassenen Teiles nicht immer eintritt, so führt G. an Stelle der Tonsillotomie die Enukleation der Gaumenmandel in folgender Weise aus: in tiefer Narkose Ausschälung mit dem Finger, event. noch Einschneiden der Schleimhaut zwischen Mandel und vorderem Gaumenbogen, von oben nach unten; die ausgeschälte Mandel wird mit einer gefensterten Zange gefaßt und der zurückbleibende Stiel abgedreht oder durchschnitten. Die Blutung ist geringer als bei der gewöhnlichen Tonsillotomie.

Die Enukleation ist die einzige Methode, welche, besonders bei Erwachsenen und bei tief hinter den Gaumenbögen zurückliegender Mandel ihre vollständige Entfernung erlaubt.

Mohr (Bielefeld).

---

12) **Tarnowski.** Contrecoup fracture of the sternum.

(Annals of surgery 1905. Nr. 2.)

Die Brüche des Brustbeines kommen nach T. a. durch direkte, b. durch indirekte Gewalt, oder c. durch Muskelzug zustande. Im letzteren Falle war der Rumpf gewöhnlich forciert nach hinten übergebeugt, und wurde der Bruch durch den Zug der Mm. recti und sternocleidomastoidei bewirkt. Der indirekte oder durch Kontercoup

hervorgerufene Bruch entsteht meistens beim Fall auf Kopf und Schultern, wenn der Körper dabei stark vornüber gebeugt wird (Purzelbaumschlagen). Dieser Bruch durch Kontercoup liegt fast immer zwischen Manubrium und Körper des Brustbeines. Nach der von Serviers angegebenen Theorie werden bei dieser Art des Fallens auf Kopf und Schultern die Rippen nach vorwärts und aufwärts auf das Brustbein gedrückt. Nach T. kommen jedoch noch zwei Hilfskräfte hinzu: 1) der erhöhte intrathoracische Druck bei forcierter Exspiration und verschlossenem Kehldeckel, wie er beim Fallen auf die Brust infolge Choks eintritt, 2) eine keilförmig auf das Brustbein einwirkende Kraft des zweiten Rippenpaares.

Von einer eigentlichen Fraktur könnte man nur dann reden, wenn wirklich immer eine knöcherne Vereinigung zwischen Handgriff und Körper des Brustbeins vorhanden wäre; das ist aber nach der Statistik von Rivingston nur in 6% der Fall. Die Krankheitserscheinung des in Rede stehenden durch Kontercoup hervorgerufenen Bruches sind folgende: Schmerz zwischen Manubrium und Körper des Brustbeines, welcher bei tiefen Atmen stärker wird, schiefe nach vorn und seitlich gerichtete Kopfhaltung, Auftreibung am Brustbein in der Höhe der zweiten Rippe, da sich der Körper über den Handgriff schiebt (wenigstens in 85% der Fälle). Krepitation ist selten.

Die Brüche heilten mit Verschiebung des unteren Bruchendes über das obere in etwa 8 Wochen.

Die Behandlung besteht in Verabreichung von Opiaten gegen den Hustenreiz, ruhiger Lage mit nach hinten übergebeugten Kopf und Einschieben eines Kissens zwischen die Schulterblätter. Eine operative Behandlung kommt nur bei alarmierenden Erscheinungen, wie z. B. Dyspnoe, in Frage. **Herhold** (Altona).

---

13) **Starck.** Die direkte Besichtigung der Speiseröhre. Ösophagoskopie. Ein Lehrbuch für den Praktiker.

Würzburg, A. Stuber's Verlag (C. Kabitzsch), 1905. 219 S. mit 3 farbigen Tafeln und 20 Abbildungen.

Von der Tatsache ausgehend, daß die Ösophagoskopie bisher nicht die ihr zukommende Würdigung und Verbreitung gefunden, sucht Verf. den Grund darin, daß sie noch nicht genügend bekannt sei, und in ihrem Wert und ihren Zielen sehr häufig noch falsch beurteilt werde. Sein Lehrbuch soll daher das Interesse für die Ösophagoskopie wecken und Vorurteile besiegen helfen.

Nach kurzem geschichtlichen Abriß bespricht Verf. das beste Instrumentarium, das im wesentlichen das von v. Mikulicz, dem eigentlichen Begründer der Ösophagoskopie, angegebene ist. Im technischen Teile gibt er dem Anfänger bis ins kleinste genaue Vorschriften und wertvolle Winke. Die dann im speziellen Teile folgende Pathologie bringt, unterstützt durch Krankengeschichten und ausgezeichnete farbige ösophagoskopische Bilder, eine Übersicht aller in Betracht kom-

menden Erkrankungen und ihre Therapie. Nicht nur der Anfänger, sondern auch der Geübtere wird hier alles finden, was er braucht.

Hoffen wir, daß es dem ausgezeichneten Buche gelingen möge, die auch für die Praxis so wichtige — es sei nur an die Fremdkörper des Ösophagus erinnert — und technisch viel leichtere Methode, als gewöhnlich angenommen wird, mehr und mehr einzubürgern.

Renner (Dresden).

---

14) **H. Starck** (Heidelberg). Fremdkörperextraktion im Ösophagoskop.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 9.)

Das sicherste diagnostische Mittel zur Erkennung eines in der Speiseröhre steckengebliebenen Fremdkörpers ist die Ösophagoskopie; unterstützend wirken die Röntgendurchleuchtung und die Sondierung mit der Divertikelsonde oder dem dicken weichen Magenschlauch. Erstere Methode gibt auch den sichersten Aufschluß über die topographische Lage des Fremdkörpers, deren Kenntnis für jede Art der Extraktion von Bedeutung ist. Sie ist stets und möglichst frühzeitig anzuwenden. Die schonendste und sicherste Therapie der Fremdkörper jeder Tiefe ist möglichst frühzeitige Extraktion im Ösophagoskop mittels einer von S. besonders bewährt befundenen Zange (konstruiert von Wilh. Walb Nachf., Heidelberg) oder mittels einer Hakensonde (vier Fälle von S.). Jeder andere Extraktionsversuch, jede gewaltsame Sondierung, jeder Versuch, den Fremdkörper in den Magen zu stoßen, ist zu vermeiden. Gelingt die Extraktion des Fremdkörpers im Ösophagoskop nicht, dann soll bei hochsitzenden Fremdkörpern die Ösophagotomie, bei tiefsitzenden die Gastrotomie ausgeführt werden. (S. außerdem die vom Ref. in Nr. 50 (1904) ds. Bl. empfohlene Methode.)

Kramer (Glogau).

---

15) **O. Wild.** Die Untersuchung der Luftröhre und die Verwendung der Tracheoskopie bei Struma.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 1.)

Neben der äußeren Untersuchung der Trachea fordert W. in jedem Falle von Kropf auch eine vollständige innere Untersuchung der Luftröhre. Nach Besprechung der einschlägigen anatomischen Verhältnisse geht er auf alle Methoden der Tracheoskopie ausführlich ein. Die obere und untere indirekte und die obere und untere direkte Tracheoskopie werden mit allen Modifikationen während ihrer historischen Entwicklung und unter ausführlicher Schilderung der zurzeit am meisten bewährten Technik besprochen.

Die tracheoskopischen Befunde bei Kröpfen werden durch zahlreiche zum Teil farbige Abbildungen erläutert. Die vorkommenden Luftröhrenveränderungen werden eingeteilt in Verlagerungen der Luftröhre bei normaler Lichtung, spiralige Drehungen, Verengerungen, Veränderungen der Trachealwände selbst und Kombinationen der

verschiedenen Veränderungen. Als Material liegen die Befunde an 1000 Kropfkranken der Arbeit zugrunde. Wegen der Fülle interessanter Einzelheiten muß auf das Original verwiesen werden. Nach der Überzeugung des Verf. ist die Tracheoskopie »eine technisch gut ausgebildete und deshalb allgemein anwendbare, unentbehrliche klinische Untersuchungsmethode«.

M. v. Brunn (Tübingen).

---

16) **P. Tridon.** Sur la pathogénie de la surélévation congénitale de l'omoplate.

(Revue d'orthopédie 1904. Nr. 6.)

Auf Grund der bisher vorliegenden Beobachtungen aus der Literatur und eigener Erfahrungen — an Zahl 82 — stellt Verf. zunächst fest, daß es sich bei dem Hochstande des Schulterblattes nicht um eine »Verschiebung« des Knochens nach oben, entsprechend dem ersten Eindruck Sprengel's, sondern wirklich um einen solchen angeborenen Zustand handelt. Als wesentliche Ursache kommt ein primitiver Entwicklungsfehler allein in Betracht. Auf dieser Grundlage unterscheidet Verf. zunächst zwei Gruppen. In die erste, fast die Gesamtheit der Fälle umfassende Gruppe gehören diejenigen, bei welchen es sich um einen primitiven Anlagefehler des cervikoskapularen Knochengürtels handelt, wobei das häufiger beobachtete Wirbelsäule-Schulterblattzwischenknochenstück ursächliche Bedeutung auch gerade für die abnorme Stellung des Schulterblattes haben, oder selbst nur eine Begleiterscheinung darstellen kann. Bei den sehr wenigen Fällen der zweiten Gruppe scheint die primäre Störung nicht das Schulterblatt und die benachbarten Knochen zu betreffen, sondern das Bild wird beherrscht von Muskulaturfehlern im Fötalleben, bedingt durch Entwicklungshemmungen oder sekundär im Gefolge von infektiösen oder mechanischen Schädigungen des Nervensystems auftretend. Zur ersten Gruppe gehören dann weitere Unterabteilungen, je nachdem nur Lageverhältnis und Größe, ferner Formabweichungen des Schulterblattknochens allein in Frage kommen, oder ob auch das Achsenskelett sich an den Veränderungen beteiligt — Vorhandensein oder Fehlen von Halsrippen, überzähligen Knochen, Wirbelspalten u. dgl.

Therapeutisch hat weder die orthopädische noch die operative Behandlung durchgreifende oder auch nur einigermaßen befriedigende Erfolge gezeitigt; am meisten ist noch durch die Loslösung des Schulterblattes von den knöchernen Anhängen und Auswüchsen für die Freimachung der Schulterbewegungen erzielt worden.

Herm. Frank (Berlin).

---

17) **Estor.** De l'hemostase provisoire et préventive dans les désarticulations scapulo-humérale et coxo-femorale et dans les amputations interessant le quart supérieur des membres.

(Semaine méd. 1905. Nr. 10.)

Es ist bekannt, daß der Esmarch'sche Gummischlauch bei hoher Amputation des Oberschenkels und des Oberarmes schwer so anzu-

legen ist, daß derselbe nicht gelegentlich abgleitet. Dies zu vermeiden gibt Verf. folgendes Verfahren an. An der Stelle, wo der Schlauch angelegt werden soll, werden mit vier Kocher'schen Pinzetten Hautfalten von 1 cm Höhe gefaßt, und zwar je eine am oberen vorderen und hinteren Rande der Achselhöhle und entsprechend am unteren vorderen und hinteren Rande derselben. Zentralwärts von diesen Klammern wird der Gummischlauch angelegt. Die Klemmen werden über diesen Schlauch umgebogen, so daß er zwischen ihnen und der Haut des Rumpfes liegt. Ein zweiter Gummischlauch wird alsdann durch die Ösen der Klemmen gezogen und um den Thorax geleitet. Es ist ersichtlich, daß so der eigentlich konstringierende Schlauch nicht unter den Klemmen hervorrutschen kann, solange die Klemme die Hautfalte festhält. In ähnlicher Weise geht Verf. bei der unteren Extremität vor.

Coste (Straßburg i. E.).

---

18) Codmann and Chase. The diagnosis and treatment of fracture of the carpal scaphoid and dislocation of the semilunar bone.

(Annals of surgery 1905. Nr. 3.)

Die Verff. sprechen sich gegen die Ansicht Pfitzner's aus, nach welcher das Kahnbein aus zwei Knochenkernen entstehe, und nach welcher deswegen oft ein Os naviculare bipartitum angetroffen werde. Sie meinen vielmehr, daß es sich in diesen Fällen von Os naviculare bipartitum um alte, nicht vereinigte Brüche des Knochens handele. An der Hand von 18 am Schluß der Arbeit näher geschilderten Fällen besprechen sie den Kahnbeinbruch. Die Symptome bestehen in Druckempfindlichkeit des betreffenden Knochens, leichter Schwellung über der radialen Hälfte des Handgelenkes an der unteren Fläche, welche sich in akuten Fällen über das ganze Handgelenk erstrecken kann. Schmerzen treten besonders auf, wenn mit extendierter oder gedrehter Hand ein Druck nach vorn ausgeübt wird, wie z. B. beim Aufmachen einer Tür. Der Schmerz wird am stärksten in der Furche zwischen Extensor carpi radialis und Extensor pollic. long. gefühlt (snuff-box). Krepitation und Blutungen sind niemals nachzuweisen. Verwechslung mit arthritischen oder tuberkulösen Prozessen sind bei veralteten Fällen möglich, das Röntgenbild klärt jedoch auf, vorausgesetzt, daß das Kahnbein mit seiner ganzen longitudinalen Achse auf dem Bilde vorhanden ist. Auch bei alten Frakturen ist Callus selten; das proximale Bruchstück ist in alten Fällen atrophisch. Eine Vereinigung der Fragmente tritt sehr selten ein und nur dann, wenn das Handgelenk durch Schienen mehrere Wochen fixiert war; aber das funktionelle Resultat ist dann auch nicht besser, als wenn keine knöcherne Vereinigung erfolgte. Man kann nach den Verff. versuchen, eine knöcherne Heilung durch Ruhigstellung zu erreichen, wenn man die Fälle sehr bald nach dem Trauma in Behandlung bekommt; tritt eine Vereinigung nicht ein und bestehen Beschwerden,

so soll mit der blutigen Exstirpation des proximalen Endes nicht zu lange gezögert werden. Diese Operation wird unter lokaler Anästhesie ausgeführt und sie ist sehr einfach. Der Schnitt liegt auf dem Handrücken parallel und dicht an der inneren Seite des Extensor carpi radialis.

Herhold (Altona).

---

19) **F. Lejars.** Traitement des plaies par écrasement de la main.

(Semaine méd. 1905. Nr. 9.)

Bei den Zertrümmerungen und schweren Quetschungen der Hand ist L. ein Gegner der ultrakonservativen Behandlung. Denn die Gefahren einer Infektion und fortschreitenden Phlegmone, die Schmerzen und lange Dauer der Behandlung mit gänzlicher Erwerbsunfähigkeit werden durch das definitive Heilresultat in der Regel nicht belohnt. Ein in Streckstellung geheilter, unbeweglicher, steifer Finger, das chronische Ödem der Hand, die zum Aufbrechen neigenden fest verwachsenen Narben, die Ankylosen im Handgelenke sind für die Funktion der Hand oft schlechter wie ein gut vernarbter Stumpf mit einer passenden Prothese. Aus diesem Grunde empfiehlt L. von Anfang an eine gründliche Entfernung aller gequetschten Teile, vor allem aber der zermalmten Knochen und zerrissenen Sehnen. Die primäre Sehnennaht soll nur da versucht werden, wo die Garantie einer späteren guten Funktion einigermaßen gewährleistet werden kann.

Coste (Straßburg i. E.).

---

20) **Joachimsthal.** Dauerresultate nach der unblutigen Einrenkung angeborener Hüftverrenkungen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 9.)

An der Hand einer größeren Anzahl von Röntgenbildern illustriert Verf. die Dauerresultate der Einrenkungen, welche er im Gegensatze zu früher neuerdings rein manuell ausführt. Er hält auch heute noch an einer möglichst kurzen Fixationsperiode fest, die er in der Regel nicht über 3 Monate ausdehnt und nur dann verlängert, wenn eine Reluxation eingetreten ist. Bei doppelseitigen Verrenkungen bevorzugt er das zweizeitige Verfahren, einmal in Rücksicht auf die Unbequemlichkeiten, die der nach Einrenkung beider Seiten notwendige Verband für die Kinder mit sich bringt, hauptsächlich aber, weil nach seiner Ansicht ein Abgleiten des Kopfes aus dem Bereiche des Pfannendaches am wirksamsten durch die künstlich herbeigeführte Beckensenkung vermieden wird.

Die vollkommenen Heilungsresultate, die Verf. demonstriert, sind bisher nur in 60% der Fälle zu erzielen, während wir uns in den übrigen mit Transpositionen des Kopfes begnügen müssen. Aus den Ausführungen geht hervor; daß schöne Resultate mit verhältnismäßig geringer Belästigung des Pat. in kurzer Zeit zu erzielen sind und auch bei jahrelanger Beobachtung standhalten.

Langemak (Erfurt).

---

21) **Pierre** (Berck-sur-mer). Des indications, qu'on peut tires des mensurations méthodiques de la grosseur de la cuisse dans les arthrites tuberculeuses du genou et de la hanche.

(Revue d'orthopédie 1904. Nr. 4.)

Verf. zieht aus der Muskelatrophie bei tuberkulösen Knie- und Hüftgelenksentzündungen — er spricht nur von tuberkulösen Leiden — die weitestgehenden Schlüsse. Lediglich durch das Vorhandensein einer Atrophie ist er in einzelnen Fällen auf die Diagnose des Gelenkleidens geführt worden; die Atrophie ist proportional der Heftigkeit der Entzündung, wie sie sich auch in den Schmerzen äußert; man kann aus ihrem Fortbestehen »trotz vollkommener Immobilisierung des Gelenkes« und der dadurch erzielten günstigen Beeinflussung der Schmerzen fast sicher auf einen Abszeß schließen, welcher schon da ist, oder noch kommen wird. Die Atrophie besteht, so lange das Gelenk krank ist; bevor sie nicht verschwindet, darf man das Gelenk nicht für geheilt ansehen. Sie wechselt mit dem Allgemeinzustande, welcher durch vorübergehende konstitutionelle Erkrankungen, wie sonstige Infektionen, besonders aber durch Verdauungsstörungen gegen die tuberkulöse Virulenz widerstandsunfähiger wird. In solchen Fällen magert das betroffene Glied stärker ab wie das entsprechende gesunde. Das sicherste Kennzeichen für volle Ausheilung ist das Wiedererstarken der Muskulatur bis zu ihrer physiologischen Ausbildungshöhe. Ist das Gelenk wieder gesund, so führt ein Schlag, Anstoß gegen das Glied zu einer einfachen reflektorischen Zuckung; entsteht eine Kontraktur im Muskel, so besteht trotz des Fehlens aller sonstigen Erscheinungen das Leiden fort. Bei der Behandlung der Muskulatur muß man mit künstlichen Reizen, Massage, Elektrizität, äußerst vorsichtig sein. An sich sind sie nicht nötig, höchstens können sie in späteren Stadien angebracht sein, um das Gleichgewicht unter den Antagonisten herzustellen, wenn eine Gruppe das Glied in eine falsche Stellung zu bringen droht. **Herm. Frank** (Berlin).

---

22) **Eisendrath.** Fractures of the tarsal bones.

(Annals of surgery 1905. Nr. 3.)

E. bespricht die Brüche des Sprung- und Fersenbeines. Er unterscheidet: 1) Kompressionsbrüche, die am häufigsten vorkommen und dadurch entstehen, daß beim Fall auf die Fußsohle das Gewicht des Körpers auf die genannten Knochen einwirkt und dieselben dadurch zwischen Unterschenkelknochen und Bodenfläche eingekeilt werden. Gewöhnlich ist hierbei eine Verrenkung des Sprungbeines und ein Bruch des Knöchel vorhanden. 2) Fraktur des Sprungbeinhalses, welche infolge plötzlicher Dorsalflexion des Fußes entsteht, indem der vordere Rand der Tibia auf den Hals drückt; meistens ist sie mit einer Fraktur des inneren Knöchels verbunden. 3) Fraktur des Talus und Calcaneus infolge forcierter Pronation oder Supination, wobei die starken Bänder halten und der Knochen bricht. 4) Frakturen des

Calcaneus infolge forcierter Muskelaktion der Wadenmuskel (Gastrocnemius und Soleus); hierbei wird durch die Achillessehne ein Stück vom Fersenbein abgerissen. 6) Zermalmungsfrakturen durch Überfahren. 7) Schußfrakturen. Die Diagnose der Brüche des Sprung- und Fersenbeines ist nicht immer leicht zu stellen. Die Gegend des Fußgelenkes ist geschwollen, namentlich sind die hinter und unterhalb der Knöchel liegenden Gruben gänzlich verstrichen. Krepitation und abnorme Beweglichkeit, Verkürzung des Fußes, Dislokation des Fußes und namentlich das Röntgenbild werden auf die richtige Fährte führen. Was die Behandlung betrifft, so empfiehlt E. bei Frakturen ohne Dislokation Ruhigstellen durch abnehmbare Gipshülse usw. im rechten Winkel auf die Zeit von 8 Wochen und Massage, die bereits am 3. oder 4. Tage beginnt. Nach Ablauf von 8 Wochen kann auf den Fuß aufgetreten werden. Frakturen mit Dislokation der Knochen werden, wenn Gefahr der Hautnekrose vorhanden ist, am besten in offene verwandelt; die abgerissene Achillessehne ist wieder an den Knochen zu nähen; bei starker Splitterung der Knochen müssen dieselben eventuell entfernt werden. An fünf eingehend geschilderten Fällen werden die geäußerten Ansichten erläutert.

Herhold (Altona).

---

23) **C. Nieny** (Schwerin). Zur Behandlung der Fußdeformitäten bei ausgedehnten Lähmungen.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. III. Hft. 1.)

Da bei der Behandlung von paralytischen Klumpfüßen und ähnlichen Leiden durch Arthrodese des oberen Sprunggelenkes nur die Equinus- resp. Calcaneusstellung korrigiert wird, macht man häufig die Beobachtung, daß nach Erschlaffung der operativ verkürzten Sehnen die frühere Varus- oder Valgusstellung mehr oder weniger wieder zum Vorschein kommt. Um diesem Übel abzuhelfen, hat Verf. einen anderen Weg als bisher eingeschlagen: er empfiehlt die Arthrodese des unteren Sprunggelenkes und korrigiert die Equinusstellung ebenfalls tendinös. Hierdurch verhindert er einerseits die seitliche Deformität durch Verödung der betreffenden Gelenke und sichert sich andererseits im Interesse der Gehfähigkeit die Möglichkeit einer wenn auch geringen Beweglichkeit des oberen Sprunggelenkes, zumal da in den meisten Fällen der Gastrocnemius noch etwas funktioniert und deshalb tunlichst zu verwerten ist.

Zur Arthrodese des unteren Sprunggelenkes benutzt N. einen Bogenschnitt um den äußeren Knöchel, der in der Gegend der Chopart'schen Gelenklinie bis zur Mitte des Fußrückens wieder hinaufsteigt. Das Aufklappen des Gelenkes gelingt leicht, wenn die Streck- und Peronealsehnen gut abgezogen werden und der Fuß vom Assistenten in starker Varusstellung gehalten wird.

Bei vier Fällen von sehr schlaffen Equinovaris, die vom Verf. nach obiger Methode operiert sind, hat sich dieselbe gut bewährt.

Hartmann (Kassel).

---

24) **C. Helbing.** Über Wesen und Behandlung des Plattfußes.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 13.)

In der Absicht, die Plattfußbehandlung auch dem praktischen Arzte zugänglich zu machen, gibt H. eine sehr eingehende und anschauliche Darstellung des in der Universitäts-Poliklinik für orthopädische Chirurgie zu Berlin geübten Verfahrens. Der ausgebildete Plattfuß stellt einen Pes plantarflexus, pronatus, abductus, dorsalflexus dar und zeigt im Profil statt des inneren Fußbogens eine eigentümliche charakteristische Zickzacklinie. Nur bei Plattfüßen, die noch nicht im Stadium der Pronationskontraktur sind, kann mit Einlagen eine sichere Heilung erzielt werden. Die Herstellung der Zelluloideinlagen nach Lange wird in etwas modifizierter Weise bis ins kleinste Detail geschildert und durch Zeichnungen illustriert.

Beim kontrakten Plattfuß gelingt es in den meisten Fällen durch 8tägige absolute Bettruhe und durch hydropathische Umschläge und heiße Fußbäder den Fuß wieder zu mobilisieren. Bei schweren Fällen wird mit, in leichteren ohne Narkose nach der Mobilisierung der Fuß für 4 Wochen in möglichst starker Supinationsstellung eingegipst und dann erst die Therapie mit Plattfußeinlagen angewendet. Spitze Schuhe und solche mit hohen Absätzen sind zu verwerfen. Der Schuh soll an der Innenseite am längsten und der vordere Teil der Sohle etwas nach einwärts gearbeitet sein. Eine leichte Erhöhung sowohl der inneren Fläche der Sohle als auch des Absatzes ist zweckmäßig.

Von operativen Eingriffen werden bei kontraktem Plattfuß ausgeführt:

1) Die subkutane Tenotomie nach Bayer, 2) die Sehnenplastik: Verlängerung der lateralen Hälfte der Achillessehne und Transplantation der medialen Hälfte auf die vorher verkürzte Sehne des Tibialis post. 3) Sehnenverlagerung: Befestigung der Sehne des Tibialis ant. an der unteren Fläche des Os naviculare nach Bildung eines Knochenkanales. 4) Verkürzung der Sehne des Tibialis post., besonders bei hochgradigem Knickfuß. 5) In den allerschwersten Fällen von ankylotischem Plattfuß die Operationsmethoden von Ogston und Gleich.

Langemak (Erfurt).

---

25) **C. Mougend de Saint-Avid.** Des amputations économiques du pied.

Thèse de Paris, **G. Steinheil**, 1904.

Bei den Exartikulationen am Fuß ist die Methode am besten, welche soviel wie möglich von der Fußwurzel erhält, außerdem einen brauchbaren Stumpf liefert. Verf. hält die Stümpfe für die brauchbarsten, bei denen Beweglichkeit im Fußgelenk erhalten bleibt. Er empfiehlt in erster Linie den Chopart, trotzdem er seinen Fehler — weshalb ihn andere Chirurgen vermeiden — zugibt, nämlich die fehlerhafte Stellung des Fußstumpfes. Weil er auf die Beweglichkeit des

Stumpfes so großen Wert legt, empfiehlt er überall da, wo der Chopart nicht mehr möglich ist, die von Ricard empfohlene Modifikation des Lisfranc. Abgesehen davon, daß der Hautschnitt ein anderer ist, der mehr Weichteile übrig läßt, besteht der wesentliche Unterschied darin, daß Ricard die Knöchel nicht absägt, vielmehr den Calcaneusstumpf in die Gabel der Malleolen einfügt, so daß hierdurch eine Beweglichkeit des Stumpfes erzielt wird. **Coste** (Straßburg i. E.).

Kleinere Mitteilungen.

26) **C. Blauel.** Ein mehrteiliger Tupferbehälter für den Dampfsterilisator.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 405.)

B. beschreibt und bildet ab einen sechs- bezw. zwölfteiligen Tupferbehälter, der von v. Bruns angegeben worden ist und sich in jahrelangem Gebrauch in der Tübinger Klinik sehr bewährt hat. Er ermöglicht es in sehr bequemer Weise, für jede Operation einen neuen Tupferkasten in sicher sterilem Zustande bereit zu halten. Der Preis schwankt je nach Ausführung zwischen 25 und 75 ℳ für den sechsteiligen und zwischen 40 und 130 ℳ für den zwölfteiligen Behälter. Fabrikant ist Flaschner W. Dinkel in Tübingen. **M. v. Brunn** (Tübingen).

27) **M. Hohlfeld.** Über Osteogenesis imperfecta. (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Leipzig.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 7.)

Der mitgeteilte Fall von obiger Krankheit betrifft ein im August 1904 geborenes, noch lebendes Kind von gedrungenem Körperbau mit weichem Hinterhaupt, Fraktur des rechten Humerus, spindelförmiger Verdickung des linken, dessen unteres Diaphysenende schirmartig verbreitert ist, mit Infraktion der linken Ulna, ringförmigen Verdickungen am rechten Femur und Knickung der rechten Tibia usw. bei Fehlen von Verdickungen der Epiphysen. Der zugrundeliegende Krankheitsprozeß ist im Gegensatz zu dem die Rachitis bedingenden durch außerordentlich mangelhafte Ausbildung von Knochensubstanz (dünne Knochenbälkchen, auffallend kleine Osteoblasten usw.) ausgezeichnet, die die Ursache der Knochenbrüchigkeit ist; durch letztere unterscheidet sich das Leiden von der fötalen Chondrodystrophie. — Im Laufe der weiteren Beobachtung des Kindes sind trotz zunehmender Knochenfestigkeit noch drei neue Frakturen an der rechten Ulna und am rechten Femur entstanden, die Knochenverbiegungen z. T. geringer geworden, das Kind etwas gewachsen und kräftiger entwickelt. **Kramer** (Glogau).

28) **Kretschmann.** Sepsis, verursacht durch Empyem der Nasennebenhöhlen.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 8.)

Ein 48jähriger Mann erkrankte nach sehr heftigem, 3 Tage anhaltendem Nasenbluten mit Fieber infolge eines wahrscheinlich schon seit Jahren bestehenden, neuerdings verschlimmerten Empyems der linken Highmors- und Stirnhöhle, lehnte die Operation desselben ab und ging innerhalb 4 Wochen bei zunehmender Verschlechterung des Allgemeinbefindens, trotz Fehlens von Fieber in der letzten Zeit, bei Hinzutreten von reflektorischer Kieferklemme plötzlich an Herzschwäche zugrunde. Die Obduktion ergab, daß letztere durch Sepsis, welche sich von der stinkenden Eiterung in der linken Kiefer- und Stirnhöhle aus entwickelt hatte, bedingt war, und daß in der linken Nasenhöhle ein großes Geschwür mit aufgeworfenen Rändern bestand, die Knochenwandungen der Nebenhöhlen gesund waren.

Kramer (Glogau).

29) **A. Wölfler.** Über die Naht des Nervus hypoglossus.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLV. p. 294.)

Ein 38jähriger Mann brachte sich bei einem Selbstmordversuche zwei Schnittwunden am Halse bei, von denen die eine den rechten N. hypoglossus durchtrennte. Die 4½ Monate später ausgeführte Nervennaht war von Erfolg. Nach etwa ½ Jahre besserte sich die Beweglichkeit der Zunge und die Sprache.

Nach Angabe des Verf. ist dies die erste Naht des Hypoglossus. Sechs weitere Fälle, in denen dieser Nerv verletzt, aber nicht genäht wurde, werden referiert.

M. v. Brunn (Tübingen).

30) **M. B. Schmidt** (Straßburg i. E.). Röhrenblutungen im Rückenmark.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 7.)

Demonstration eines Rückenmarkes von einem 68jährigen Manne, das im Bereiche des 3.—8. Dorsalsegmentes in einer Länge von 13 cm axial ausgehöhlt ist. Die graue Substanz ist hauptsächlich Sitz der Zertrümmerung. Diese Hämatomyelie war durch Wirbelfraktur (5. und 6. Brustwirbel) 8 Tage vor dem Tode entstanden. Im Anschluß hieran zeigt S. die Präparate eines zweiten Falles, in welchem bei Zertrümmerung der Bandscheibe zwischen 5. und 6. Halswirbel die Basis des einen Hinterhornes auf eine große Länge des Hals- und Brustmarkes von einer engen, blutgefüllten Höhle durchzogen war. Vortr. glaubt, daß diese Röhrenblutungen nur bei Wirbelverletzungen mit vorübergehender Kompression vorkommen. Wichtig sind die äußerst interessanten Befunde für die Beurteilung der traumatischen Syringomyelie. **Borchard** (Posen).

31) **Verger.** Un cas de goitre exophthalmique traité par les injections modificatrices intra-thyroïdiennes.

(Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux 1904. Juli 29.)

26jährige Pat. mit Morbus Basedow, welcher vor 6 Monaten nach einem Sturze von der Straßenbahn eingesetzt hatte. Behandlung nach Pitres mit Einspritzungen von Jodoformäther mit Kokain in die Schilddrüse, im ganzen sieben Einspritzungen in 3 Monaten. Von den ersten Einspritzungen an Nachlaß sämtlicher Erscheinungen, besonders des Exophthalmus; Struma ganz verschwunden. Die Besserung hielt ein Jahr später noch an; der Allgemeinzustand war bedeutend günstiger geworden.

Ein Myxödem nach den Einspritzungen hat V. weder in diesem noch in anderen ebenso behandelten Fällen auftreten sehen. **Mohr** (Bielefeld).

32) **A. Reitzenstein** (Nürnberg). Die Diagnose und Extraktion von Fremdkörpern der Speiseröhre mit dem Ösophagoskop.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 9.)

Einer von Starck aufgenommenen Statistik von 59 Fremdkörpern, bei welchen zur Diagnose und Therapie das Ösophagoskop gebraucht, und unter denen in 55 Fällen die Extraktion in diesem erfolgreich ausgeführt wurde, fügt R. sechs weitere, mit gleich günstigem Resultate behandelte hinzu. In drei derselben wurde die Extraktion erst mehrere Tage nach dem Hineingeraten des Fremdkörpers in die Speiseröhre, in der bei zwei der Pat. bereits schwere Veränderungen der Schleimhaut entstanden waren, vorgenommen und war dementsprechend schwierig; in einem dieser drei Fälle war weder durch Sonden- noch durch Röntgenuntersuchung die verschluckte Gebißplatte nachzuweisen gewesen und erst durch das Ösophagoskop die Diagnose sicher gestellt worden, wie auch die Entfernung geglückt. In einem der übrigen drei Fälle handelte es sich um eine in einem tiefsitzenden Ösophagusdivertikel steckengebliebene zusammengerollte Gänsehaut, die extrahiert werden konnte; in einem anderen entschwand das Gebiß nach Lockerung mit der Zange nach unten und wurde später per anum entleert. **Kramer** (Glogau).

33) O. Franck. Über Ösophagusaufblähung zur Beseitigung eines Fremdkörpers.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 9.)

In dem mitgeteilten Falle gelang es, das bereits einige Tage in der Speiseröhre wahrscheinlich tief unten stecken gebliebene Fleischstück durch die verengte Stelle dadurch hindurchzutreiben, daß Pat. angewiesen wurde, eine Brausepulvermischung rasch zu trinken und danach alles Aufstoßen durch festes Zuhalten von Mund und Nase zu vermeiden; das sich entwickelnde Gas hatte den Bissen durch die Stenose hindurchgedrückt. Der Fall ereignete sich an Bord eines Schiffes auf hoher See.

Kramer (Glogau).

34) A. Reitzenstein (Nürnberg). Über die Dilatation zikatrizieller Stenosen der Speiseröhre durch das Ösophagoskop.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 12.)

R., welcher in zwei Fällen das obige Verfahren angewandt hat, stellt sich zu demselben wie folgt: Wenn Narbenstenosen der Speiseröhre auf gewöhnliche Weise nicht sondierbar sind, soll, bevor man sich zu einem operativen Vorgehen entschließt, versucht werden, ob die Stenose durch das Ösophagoskop nicht doch noch passiert werden kann, und wenn dies der Fall ist, soll man die Dilatation durch Laminariastifte, ausgezogene Gummidrainsonden oder biegsame Metallsonden (Spiralsonden nach Windler) zu erreichen suchen. Mißlingt dies, so mache man nach vorausgegangener Gastrostomie unterhalb und vis-à-vis der Cardia die retrograde Sondierung durch das in die Magenfistel eingeführte Ösophagoskop oder die Sondierung ohne Ende nach v. Hacker. Erfordert der Kräftezustand sofortige Ernährung, so ist die Gastrostomie ohne Zögern sofort zu machen. Gelingt es nach der Gastrostomie nicht, eine Darmsaite oder ein an einem Seidenfaden befestigtes Silberkügelchen durch die Stenose zu bringen, so ist als weitere Operation die Oesophagotomia externa oder die kombinierte Ösophagotomie unter Anwendung des Ösophagoskops bei Ausführung des internen Schnittes angezeigt. — In R.'s erstem Falle gelang die Dilatation durch das Ösophagoskop vollständig, im zweiten mußte die Gastrostomie mit retrograder Ösophagoskopie vorgenommen werden; hierdurch glückte zwar die retrograde Dilatation einer 3 cm oberhalb der Cardia gelegenen Stenose, bisher aber nicht die Entrierung der höher oben im Halsteile der Speiseröhre befindlichen.

Kramer (Glogau).

35) Nota. Un caso di grave stenosi esofagea; esito di scottatura da causa clinica. Divulsione dell' esofago. Guarigione.

(Giorn. di R. accad. di med. di Torino 1904. Nr. 11 u. 12.)

Ein Kind von 2 Jahren trinkt Natronlauge. Es entwickelt sich eine Narbenstenose der Speiseröhre, welche nach 8 Monaten nur für Nr. 6 Charrière durchgängig ist und 21 cm hinter der Zahnreihe liegt. N. nähte zuerst den Magen an; nach 4 Tagen eröffnete er ihn und fand nun, mit dem Finger eingehend, eine Stenose dicht oberhalb des Zwerchfelles. Unter Leitung der Finger wurden Sonden von steigender Dicke bis zu Nr. 30 eingeführt, und zuletzt mit einem Uterusdilatator gewaltsam erweitert, bis seine Branchen 2 cm auseinanderstehen. Nach 8 Tagen wird mit Bougieren begonnen. Es bleibt dauernd der Weg für die Olive 7, die größte der Serie, offen. Rasche Gewichtszunahme.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

36) J. Guisez et Barret. Cas d'extraction d'un corps étranger (pièce de 10 fr.) de la bronche droite par la bronchoscopie supérieure.

(Gaz. des hôpitaux 1905. Nr. 28.)

Ein Kassierer hielt mehrere 10 fr.-Stücke im Munde, von denen eins plötzlich in den Kehlkopf glitt. Ein heftiger, langdauernder Erstickungsanfall war die unmittelbare Folge. Von da ab hat Pat. 17 Monate unter den immerfort sich

wiederholenden Hustenanfällen gelitten und zahlreiche Ärzte gebeten, ihm die Münze aus der Lunge zu ziehen; doch wurde ihm immer der Bescheid, das Geldstück sei schon lange draußen. Endlich nach 17 Monaten wurde er skiaskopiert, wobei der Fremdkörper im rechten Bronchus festgestellt wurde.

Die Extraktion gelang mit dem Bronchoskop ohne Schwierigkeiten und hatte für den Pat. keine andere Unannehmlichkeit zur Folge, als vorübergehende Aphonie infolge leichten Ödems der Stimmbänder. Auffallend war, wie gut der Bronchus die lange Anwesenheit des Fremdkörpers vertragen hat, abgesehen von der allerdings beträchtlichen entzündlichen Schwellung der Schleimhaut.

Einen wesentlichen Anteil an dem technischen Erfolge schreiben die Verff., die eine ganze Reihe derartiger Extraktionen ausgeführt haben, ihrem von Collin gebauten Beleuchtungsapparate zu. Dieser besteht aus drei kleinen Lampen, die nach dem Objekt zu konvergierend auf einer in der Mitte durchbohrten Scheibe befestigt sind. **V. E. Mertens** (Breslau).

37) **Fromont.** Suicide par coup de feu; lésion du coeur et de la veine cave a distance du trajet; mecanisme des lésions.

(Arch. de méd. et de pharm. militaire 1905. Nr. 2.)

Selbstmord durch Schuß ins Epigastrium; das aus dem Gewehr aus unmittelbarer Nähe auftreffende Geschoß durchbohrte Leber, Magen und Lunge in der Höhe, in welcher die untere Vena cava durch das Zwerchfell tritt. Die untere Vena cava zeigte bei der Autopsie, obwohl sie nicht in der Schußrichtung lag und nicht vom Projektil getroffen sein konnte, einen 2 fr.-großen Defekt; die vordere Herzwand konnte auch nicht direkt durch das Projektil verletzt sein, da das Perikard unversehrt war. Trotzdem fand sich in der vorderen Herzwand ein 2 cm im Quadrat großes Loch. Verf. glaubt, daß die zwischen Vene und Herz mit dem Geschoß in den Körper eingedrungenen Pulvergase eine Pressung auf die im Herzen und in der Vene vorhandene Flüssigkeit ausgeübt und dadurch die Zerstörung hervorgerufen haben. **Herhold** (Altona).

38) **J. J. Grekow.** Drei Fälle von Herznaht.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1904. [Russisch.])

1) Die 25jährige, betrunkene Pat. wurde 3 Stunden nach der Verwundung eingeliefert. Sie war blaß, der Puls klein, 78. Im 2. linken Interkostalraume, 5 cm vom Sternalrande, fand sich eine $1^1/_2$ cm lange Wunde. Hämopneumothorax. Operation in Chloroformnarkose (Zeidler). Durch Verlängerung des Wundschnittes und Hinzufügen eines Schnittes parallel dem Sternalrande wird ein dreieckiger Weichteillappen gebildet, der nach außen und unten geklappt wird. Resektion des 3. Rippenknorpels. Es zeigt sich, daß die Lunge völlig kollabiert ist. In der Höhe der 3. Rippe ist im Herzbeutel eine unregelmäßige, ca. 1 cm lange, Wunde. Nachdem noch ein Stück der 3. Rippe und der 4. Knorpel weggenommen worden und die Pleura- und Perikardrisse erweitert sind, sieht man eine nur wenig blutende, $^1/_2$ cm lange Wunde am linken Ventrikel. Sofort wird eine Naht mit feiner Seide angelegt. Während der Faden zusammengezogen wird, bleibt das Herz einen Augenblick stehen, worauf eine unregelmäßige Diastole folgt. Nach Knüpfung des Knotens wird die Aktion wieder regelmäßig und schneller. Das Perikard wird ausgetupft und mit Seidenknopfnähten verschlossen, alles übrige vernäht. In der Folge werden zwei Pleurapunktionen nötig, kein Eiter. Nach 3 Wochen hat sich die Lunge ganz angelegt. Es trat glatte Heilung ein. Nach 4 Wochen wurde Pat. gesund entlassen. Der Puls hatte Neigung zu schnell vorübergehenden, schroffen Schwankungen in der Zahl der Schläge, die ohne irgendwelche ersichtliche Ursache auftraten. G. schreibt sie einer »erhöhten Reizbarkeit des nervösen Apparates« zu. $10^1/_2$ Monate später fühlte Pat. sich gesund.

2) Während eines Streites erhielt die 30jährige betrunkene Pat. mit einem Federmesser einen Stich in die Brust. Mit einem Notverbande wurde sie ins Krankenhaus gebracht. Der Radialpuls war nicht fühlbar, die Atmung mühsam

und frequent. Nach subkutaner Infusion und Kampfer wurde der Puls wieder deutlich, etwa 108, häufig aussetzend. $1^1/_2$ Querfinger lateral von der linken Mammilla hatte Pat. eine kleine, nur bei Druck auf die Brust blutende Wunde. Herztöne dumpf, undeutlich. Über dem Brustbeine nach rechts ein ununterbrochenes Geräusch wie von platzenden Bläschen. 5 Stunden nach der Verletzung wurde in Chloroformnarkose operiert (G.): ein Mammamuskellappen wurde nach oben geklappt. Durch Resektion der 3.—5. Rippe wurde der Hämopneumothorax eröffnet. Nachdem das Perikard auf 10 cm erweitert war, gelang es mit Mühe — das Epikard war sehr fettreich — in der Nähe der Spitze und nicht weit vom Septum eine $1^1/_2$ cm lange, nicht blutende Wunde mit fetzigen Rändern zu finden. Verschluß mit zwei dünnen Seidennähten unter Schonung des Endokards. Bei Anlegung der zweiten Naht ergoß sich ein Strahl dunklen Blutes, und das Herz schlug stärker, so daß es mit der Hand gehalten werden mußte. Nach Vollendung der Naht wurde die Aktion regelmäßiger und kräftiger, so daß die Naht des Perikards recht schwierig war. Alles übrige vernäht bis auf die Öffnung für einen Tampon in der Pleura. Nach ca. 60 Stunden Tod: beginnende Pleuritis und Perikarditis, fettige Degeneration des Myokards, chronische Nephritis, lange Fissur der Schädeldecke.

3) Auch die dritte Pat., 22 Jahre alt, wurde während eines nächtlichen Streites mit einem Messer verwundet. Sie blieb noch 10 Minuten aufrecht, verlor dann das Bewußtsein. Bei der Einlieferung war der Puls kaum zu fühlen. Im 2. Interkostalraume hatte Pat. eine kleine blutende Wunde links vom Sternum. Linksseitiger Hämopneumothorax.

$4^1/_4$ Stunden nach der Verletzung in Chloroformnarkose Operation (Zeidler): die Wunde wurde entsprechend verlängert und ein Lappen gebildet, so daß die temporäre Resektion des 3.—6. Rippenknorpels möglich wurde. Ligatur der Art. mamm. interna. Nach Erweiterung der Perikardialwunde fand man das Herz in venösem Blute schwimmend, das aus einer $1^1/_4$ cm langen Wunde im rechten Ventrikel nahe am Septum und nicht weit von der Art. pulmonalis hervordrang. Das Herz wurde festgehalten, und mit dünner Seide wurden fünf Nähte »durch die ganze Dicke des Muskels« gelegt. Das Blut wurde aus Perikard und Pleura nach Möglichkeit ausgetupft und dann alles vernäht.

Nach 13 Tagen ging Pat. an einer Perikarditis zugrunde, die nicht erkannt worden war. Das Exsudat hatte die übrigens gut ausgebreitete Lunge so komprimiert, daß eine Pneumonie diagnostiziert war. G. meint, daß die Pat. durch Punktion wohl hätte gerettet werden können. Die Herzwunde war geheilt.

V. E. Mertens (Breslau).

39) Scott. Tuberculosis of the female breast.

(St. Bartholomew's hospital reports 1905. Vol. XL.)

27 eigene Beobachtungen von Tuberkulose der weiblichen Brustdrüse, deren Krankengeschichten im Auszuge mitgeteilt werden. Hervorzuheben ist die sklerosierende Form, zu der 10 der 27 Fälle gehörten; ohne histologische Untersuchung ist eine Unterscheidung vom scirrhösen Karzinom der Brustdrüse fast unmöglich. Tuberkelbazillen wurden nur in 3 Fällen gefunden. Die Erkrankung ist nach dem Materiale des St. Bartholomew's Hospital etwa 40—50mal seltener als Brustkrebs. Bei einer Kranken entwickelte sich die Tuberkulose nach Zurückbleiben einer Nadel in der Brust. Einfache oder multiple verkäsende Knoten, Abszesse oder Fisteln bestanden in 17 Fällen; diese Formen bilden den häufigsten Typus der Erkrankung; 3mal wurden tiefliegende kalte Abszesse durch das über ihnen liegende sklerotische Gewebe maskiert; mehrfach bestand eine solide Geschwulst, die auf dem Durchschnitte wie Karzinom aussah, jedoch aus dichtem Bindegewebe zusammengesetzt war. Mit Ausnahme von vier waren sämtliche Pat. verheiratet und hatten Kinder. Floride Lungentuberkulose war in keinem Falle nachweisbar, erbliche Belastung bei 10; die Erkrankung war stets einseitig, der äußere Teil der Brust häufiger befallen als der innere, die Haut mit der Geschwulst in 70% der Fälle verwachsen, die Brustwarze in 30% eingezogen. Fast bei $^2/_3$ waren die Achseldrüsen

vergrößert. 6mal war die Erkrankung ganz auf die Brustdrüse beschränkt. Der Beginn war 2mal akut.

Die beste Behandlung ist die Entfernung der Brust mitsamt den Achseldrüsen, jedoch ohne die Pectorales (9); 2mal wurde die Brust allein entfernt; je 8 Kranke wurden mit Ausschabung oder teilweiser Ausschneidung behandelt.

Mohr (Bielefeld).

40) **H. Morestin** (Paris). Deux cancers distincts sur le même sein.

(Arch. génér. de méd. 1903. Nr. 16.)

Eine 56jährige Frau bot folgendes Bild dar: Die Warze der linken Brust ist vollständig eingezogen, von einer kleinen bräunlichen Kruste bedeckt, unter welcher etwas zähe, trübe Flüssigkeit ist; die Haut fehlt auf einer Fläche von etwa 1 cm im Durchmesser und ist durch eine lebhaft rote, feingekörnte, glattumrandete Geschwürsfläche ersetzt. Die Umgebung ist ganz weich, der Warzenhof normal; auch die übrige, sehr große Brust bietet nichts Abnormes; in der Achselhöhle keine tastbaren Drüsen. Es bestehen äußerst intensive, besonders nachts einsetzende Schmerzen im äußeren Quadranten der Brust, welche bis in die Achsel ausstrahlen, während die Geschwürsfläche gegen Berührung und Druck jeder Art vollständig unempfindlich ist und von da aus auch jener andere Schmerz nicht ausgelöst werden kann. Da die Diagnose zwischen Paget'scher Krankheit und Epitheliom schwankte, wurde zur Amputation mit Ausräumung der Achselhöhle geschritten, außerdem vom 4. Interkostalnerven, von dessen Ramus perforans aus durch Druck ähnliche wie die spontanen Schmerzen erzeugt werden konnten, nach partieller Rippenresektion ein 5 cm langes Stück reseziert. Während der Heilung schon verringerten sich die Schmerzanfälle und sind seit 10 Monaten ausgeblieben. — In der amputierten Brustdrüse saß, mehrere Zentimeter weit von der Mammilla und durch vollständig gesundes Gewebe von ihr getrennt, ein kleiner Knoten von rein scirrhösem Bau. Die Achseldrüsen waren gesund. **J. Sternberg** (Wien).

41) **Neck** (Chemnitz). Subkutane Zerreißung der normalen Milz und ihre chirurgische Behandlung.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 11.)

Der mitgeteilte Fall war dadurch besonders bemerkenswert, daß bei dem 16jährigen Knaben, der mit der linken Körperseite auf die Kante eines Bordsteines gestürzt war und bei hochgradigen Schmerzen in der linken unteren Brustseite keine Vergrößerung der Milzdämpfung bei Lagewechsel, auch keine Bauchdeckenspannung dargeboten hatte, die Blutung aus dem die untere Milzhälfte durchsetzenden Längsriß erst im Verlaufe von 48 Stunden einen bedrohlichen Charakter annahm und erst zu dieser Zeit die Exstirpation des verletzten Organes veranlaßte, die günstig verlief. Die 16 Tage später vorgenommene Blutuntersuchung ergab Verminderung der roten Blutkörperchen und des Hämoglobingehaltes und Vermehrung der Lymphocyten; am Hals und in den Schenkelbeugen des im übrigen gesunden Knaben traten Anschwellungen der Lymphdrüsen auf.

N. hat 73 Fälle von Splenektomie bei nicht kompliziertem subkutanen Riß der normalen Milz gesammelt; 27 von den Verletzten starben. Von 6 Fällen von Tamponade der Rißstelle sind 5 geheilt worden. **Kramer** (Glogau).

42) **W. Mayo** and **C. Mayo**. A review of 1000 operations for gall-stone disease, with special reference to the mortality.

(Amer. journ. of the med. sciences 1905. März.)

Alle cystisch erweiterten Gallenblasen müssen exstirpiert werden. Die Cholecystektomie ist namentlich dann angebracht, wenn sich Steine im Ductus cysticus finden. Bei bloßer Entfernung der Cysticussteine bilden sich häufig Strikturen des Gallenganges, die durch Behinderung des Schleimabflusses aus der Gallenblase Anlaß zu Koliken oder Gallenfisteln geben.

Als Regel hat ferner zu gelten, daß alle Gallenblasen, die bei der Operation Galle enthalten, nur drainiert zu werden brauchen, da in solchen Fällen die Sekretionsprodukte der Gallenblasenschleimhaut durch den Ductus cysticus abfließen können. Wird bei der Entfernung eines Steines der Ductus cysticus erheblicher verletzt, und können irgendwelche Zweifel an der Erhaltung seiner Durchgängigkeit entstehen, so ist ebenfalls die Gallenblase ganz zu entfernen. Besonders dicke und harte Gallenblasen müssen exstirpiert werden, da man auf diese Weise Frühstadien bösartiger Geschwülste mitentfernen kann. Dieselbe radikale Operation ist in den meisten Fällen von chronischer Cholecystitis angezeigt, bei denen sich keine Gallensteine finden. Die Diagnose einer nicht durch Steine veranlaßten Cholecystitis darf bei der Operation erst dann gestellt werden, wenn die Untersuchung von Duodenum, Magen, Pankreas, Wurmfortsatz und rechter Niere ergebnislos gewesen ist. Die Gallenblase muß verdickt, die Lymphdrüsen am Ductus cysticus und Ductus choledochus müssen geschwollen sein. Der Inhalt der Gallenblase soll aus gestauter Galle bestehen. Die Schleimhaut soll mit fibrinösen Belägen bedeckt sein.

Die Cholecystostomie ist die Operation der Wahl in den Fällen, wo sich Gallensteine in der Gallenblase, aber nicht in den Gängen finden, Fälle, wo Anfälle von Gelbsucht und andere Symptome einer Infektion des Ductus choledochus und der Leber-Gallengänge bestanden haben.

Verff. wenden sich gegen eine grundsätzliche Exstirpation der Gallenblase. Die Operation der Wahl hat die Cholecystostomie zu sein. Die Exstirpation hat nur unter den ganz bestimmten, oben skizzierten Indikationen stattzufinden. Nach ihren Erfahrungen bestehen unter fünf Fällen von Gallensteinoperationen bei zwei die Indikationen zur Cholecystektomie.

Die häufigste Todesursache bei Gallensteinen war eine Infektion des Ductus choledochus und der Leber-Gallengänge. Diese Infektion und der Ikterus bestimmen auch die Mortalität bei der Choledochotomie. In $^2/_3$ der Fälle von Choledochussteinen finden sich Ikterus und Symptome der Gallengangsinfektion. Pathognomonisch für diese Infektion sind Schüttelfröste, hohe Temperatursteigerungen mit starken Remissionen, ein mäßiges Zunehmen des Ikterus mit geringem Schmerz und Übelsein. Die Operation ist in diesem akuten Stadium mit großen Gefahren verbunden. Die schweren Erscheinungen treten auf, wenn der Stein eben in den Ductus choledochus eingetreten ist. Wird die Choledochotomie erst vorgenommen, wenn die stürmischen Erscheinungen zurückgegangen sind, so ist die Mortalität der Operation viel geringer. Sie beträgt etwa 2%.

Absolut tödlich sind die seltenen, nicht immer diagnostizierbaren Fälle, die unter hochgradigem Ikterus verlaufen, und bei denen man in den Gallengängen keine Spur von Galle, wohl aber im Ductus choledochus und in den Leber-Gallengängen eine klare Flüssigkeit findet. In diesen Fällen ist die Leber ganz außer Funktion gesetzt. Einige Male wurden auch Frühstadien dieser Erkrankungsform beobachtet. Die Gallengänge waren dann mit dicker, flockiger, dunkelgrüner Galle angefüllt. Die Galle glich in ihrer Beschaffenheit der, die man beim akuten Cysticusverschluß in der Gallenblase findet, wenn das Pigment noch nicht absorbiert worden ist. In der Hälfte dieser in dem frühen Stadium operierten Fälle nahm die Leber die Funktion wieder auf, und die Pat. blieben am Leben.

Die Gesamtsterblichkeit belief sich bei 1000 Operationen an der Gallenblase und an den Gallengängen auf 5%. **Läwen** (Leipzig).

43) **Kindt.** Über einen Fall von disseminierter Fettnekrose infolge Schußverletzung des Pankreas. (Aus dem pathologisch-anatomischen Institute des Friedrichstädter Krankenhauses zu Dresden.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 10.)

Bei dem 38jährigen Manne war das Geschoß in schräger Richtung von außen links oben durch den Magen und das Pankreas gegangen und wahrscheinlich in die Lendenmuskulatur gedrungen. Bei dem $9^1/_2$ Stunden später vorgenommenen

Bauchschnitte wurde die erbsengroße Einschußöffnung in der Vorderwand des Magens vernäht, das reichlich vorhandene schmutzige Blut aus seiner Umgebung und dem subphrenischen Raum entfernt, eine Fettnekrose noch nicht gefunden; nach Naht der Perforationsöffnung in der hinteren Magenwand wurde die Gegend hinter dieser, wie das Pankreas usw., fest tamponiert. Trotz dieser Maßnahmen traten bald unter heftigen Schmerzen peritonitische Erscheinungen mit sehr hohem Fieber und nach 36 Stunden der Tod ein. Die Sektion ergab zahlreiche Herde von Fettnekrose in dem das Pankreas umgebenden Fettgewebe, besonders um den Schußkanal herum, keine eitrige Peritonitis. — In zwei weiteren, in obigem Institute vor kurzem zur Obduktion gekommenen Fällen handelte es sich gleichfalls um Fettnekrosen nach einer Schußverletzung bezw. einer Quetschung des Pankreas, die bei den bald nach den Verletzungen gemachten Bauchschnitten noch nicht nachweisbar gewesen waren. **Kramer** (Glogau).

44) **Israel.** Unterbindung der Arteria hypogastrica dextra wegen Aneurysma der Art. glut. infer.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 5.)

Es handelte sich um ein sehr großes Aneurysma. Nach Unterbindung der Hypogastrica in der Mitte zwischen ihrem Abgang und der Abgabe eines Astes — die Hypogastrica war bedeutend stärker wie normal — hörte die Pulsation in der Geschwulst auf. Es trat sofort Verkleinerung der Geschwulst und immer mehr zunehmende Schrumpfung ein, so daß etwa $^{3}/_{4}$ Jahr später nur noch ein kleiner harter Knoten in der Tiefe zu fühlen war. Nach der Unterbindung entstand Schwellung beider Unterschenkel, die erst ganz allmählich zurückging.

Borchard (Posen).

45) **Rammstedt.** Ein Fall vor Längsbruch eines Mittelhandknochens.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 13.)

Durch einen Pferdehuftritt war der Mittelhandknochen des Daumens der Länge nach in vier Teile gespalten, auch das eine Sesambein zerbrochen worden. Der Befund, bei Durchleuchtung am Schirme nicht erkennbar, wurde erst durch photographische Aufnahme erhoben. **Kramer** (Glogau).

46) **Habs** (Magdeburg). Ein Fall von Genu recurvatum.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 12.)

Der Fall betraf einen 3 Wochen alten Knaben von normaler Größe mit rechtsseitigem Klumpfuß, linksseitigem Spitzfuß, beiderseitigem Genu recurvatum, bei Bestehen von Drucknarben an der Haut der Knie, und mit doppelseitiger Beugekontraktur der Hüftgelenke; es kann kein Zweifel sein, daß die Deformitäten während des intra-uterinen Lebens durch abnorme Druckwirkungen auf die normal angelegten Extremitäten entstanden sind. **Kramer** (Glogau).

Berichtigung.

P. 59 Z. 13 v. o. lies »Tunica musculo-apeunеurotica« statt Mesokolon.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 22. **Sonnabend, den 3. Juni.** **1905.**

1) **E. Raehlmann.** Über Trachom. Histologische, ultramikroskopische und physiologisch-chemische Beiträge zur Entzündungslehre.

(Beiträge zur Augenheilkunde Hft. 62.)

Diese zunächst für den Augenarzt bestimmte Arbeit enthält auch eine größere Zahl Beobachtungen von allgemeinem Interesse, die mit Hilfe des Zeiß'schen Ultramikroskops gemacht worden sind. Besonders betrifft dies das Verhalten von Eiweißkörpern und Spaltpilzen zu Metallen, speziell zu dem kolloidalen Silber (Collargol).

Nachdem R. den Nachweis erbracht hat, daß Enzyme und Fermente an materielle Teilchen gebunden sind und diese ebenso wie Bakterien durch gefällte Eiweißkörper mit niedergerissen werden, schildert er die Veränderungen, die eintreten, wenn Collargollösung in Berührung mit Eiweißkörpern tritt.

In einer Verdünnung von 1:2000000 zeigt die Collargollösung unter dem Ultramikroskop noch eine reichliche Menge von Silber-

teilchen. Diese sind in fortwährender oszillierender Bewegung von einer bestimmten Amplitude und Schnelligkeit der Schwingungen. Die Teilchen sind verschiedenfarbig, man unterscheidet rote, gelbe, grüne und blaue Teilchen, von denen die gelben am hellsten und größten sind.

Setzt man zu einer solchen Collargollösung eine Lösung von Transsudat 1:500 hinzu, so treten im Gesichtsfelde neben den bunten Silberteilchen die einfach grau gefärbten Eiweißteilchen auf. Bald aber beginnen jetzt die Silberteilchen ihre Farbe und Größe zu ändern. Die roten Teilchen verschwinden zuerst, dann die blauen, endlich auch die gelben, und sehr bald sind nur Teilchen von graugrüner Farbe vorhanden. Die Anzahl der kleinen Eiweißteilchen scheint abgenommen zu haben, dafür sind aber viele der Teilchen größer geworden.

Diese eintretende Farbenveränderung mit dem gleichzeitigen Größerwerden ist kaum anders als durch Umhüllung derselben mit Eiweiß zu erklären. Diese Umhüllung bezw. Anlagerung wäre als Ausgleich der elektrischen Spannung zwischen Eiweiß und Silberteilchen aufzufassen.

Bei dieser Ausfällung werden auch Bakterien bezw. Fermente mitgerissen (agglutiniert). Setzt man z. B. zu Eiweiß im Beginn der Fäulnis Collargol hinzu, so verschwindet die Farbe der Teilchen, und die Bakterien werden regungslos; sie sind dann von den übrigen Teilchen nicht zu unterscheiden.

Diese Wirkung des Collargols auf Bakterien scheint aber an das Vorhandensein von Albumin gebunden zu sein, dessen einzelne Teilchen (anscheinend Molekularkomplexe) in dem Ultramikroskop sichtbar sind. Denn das Verhalten ändert sich sofort, sobald diese Komplexe abgebaut, z. B. unter dem Einfluß von Fermenten gespalten und in Peptone verwandelt werden.

Wenn Eiweißlösungen faulen, sieht man ultramikroskopisch die Fäulniserreger zwischen den erwähnten Eiweißteilchen sich lebhaft bewegen. Je mehr sich die Bakterien vermehren, desto mehr verschwinden die Eiweißstückchen, bis von den letzteren überhaupt keine mehr vorhanden sind; und dann ist das Eiweiß in Pepton verwandelt.

Solange neben den Bakterien noch sichtbare Eiweißteilchen vorhanden sind, werden bei der Fällung derselben durch Metalle auch die Bakterien mitgerissen. In Peptonlösungen jedoch bleiben die bunten Teilchen des Collargols erhalten (sie verbinden sich nicht), und die Bakterien bewegen sich wie zuvor.

Durch diese Eigenschaft des Collargols, bestimmte Eiweißstoffe und mit denselben Bakterien und Enzyme zu binden (ohne dabei Säurewirkung zu entfalten), scheint die von Credé vorgeschlagene Injektion des Collargols in die Blutbahn gerechtfertigt werden zu können. (Das negative Verhalten des Collargols in peptonisierten Lösungen gibt eine Erklärung für das Versagen des Mittels in zu

weit vorgeschrittenen Fällen septischer Erkrankungen und läßt eine frühe Anwendung des Collargols geboten erscheinen. Ref.)

J. L. Beyer (Dresden).

---

2) **J. P. Lockhart Mummery.** The physiology and treatment of surgical shock and collapse.

(Lancet 1904. März 18, 25, April 1.)

Die umfangreiche, außerordentlich lesenswerte Arbeit behandelt eines der wichtigsten Gebiete der Chirurgie, da nach Verf.s Untersuchungen 21% aller Todesfälle nach den größen Operationen auf Chok zurückzuführen sind. Der chirurgische Chok ist ein Zustand, der auf Erschöpfung der vasomotorischen Zentren und die daraus hervorgehende erhebliche Blutdruckverminderung zurückzuführen ist. Kollaps ist ein ähnlicher Zustand, wobei aber der Blutdruck durch Hämorrhagie oder Paralyse dieser Zentren gemindert ist. Bei chirurgischen Operationen erfolgt der Chok am häufigsten bei abdominellen Operationen, wobei die Verletzung oder Bloßlegung des Bauchfelles und die Länge der Operation die wichtigsten Faktoren sind. Ein weiterer wichtiger Faktor für Chokerregung bei chirurgischen Operationen ist das Anästhetikum. Äther und Äther-Chloroformmischungen sind am besten für Fälle, wo im Verlaufe Chok zu befürchten ist; auf Chloroform allein tritt regelmäß schon eine Herabminderung des Blutdruckes ein. Bei der Behandlung des Choks sind Stimulantien, besonders Strychnin, absolut kontraindiziert. Chok kann bei einem Tiere durch Strychnindarreichung allein hervorgerufen werden, und es ist ebenso unvernünftig, Chok mit Strychnininjektionen zu behandeln, wie der Versuch, ein sterbendes Pferd mit Fußtritten zu heilen. Die Lagerung des Kranken mit dem Kopfe tief und dem Fußende des Bettes erhoben ist sehr zweckmäßig und sollte weit mehr angewendet werden. Kompression des Bauches, entweder (bei dringenden Fällen) mit der Hand oder mit einer festen Binde, ist für alle Fälle eine sehr wirksame Methode. Die Einrichtung eines künstlichen peripheren Widerstandes durch die Applikation von pneumatischem Druck von außen gewährt eine absolut sichere Methode, den Blutdruck aufrecht zu erhalten und kann eines Tages sich sehr bewähren, wennschon diese Methode zurzeit noch nicht praktisch im Gebrauch ist. Die intravenöse Infusion von Kochsalzlösung oder physiologischem Serum wird den Blutdruck in allen Graden von Chok heben; als eine Methode zur Behandlung des Choks bereitet sie Enttäuschung, da die Wirkung vorübergehend ist und die Methode nicht unaufhörlich fortgesetzt werden kann. In dem Kollaps nach schwerer Blutung ist die Methode hingegen leistungsfähig und von dauernder Wirkung. Die Einführung von Kochsalzlösung in die Bauchhöhle am Ende einer Bauchoperation vermag wirksam den Chok zu bekämpfen und ist bei Anwesenheit von Eiter in der Bauchhöhle nicht kontraindiziert. Eine der wirksamsten unserer Methoden zur Behandlung des Choks besteht in der Darreichung von Droguen, wie Adrenalin, Hemisin und Ergotin, welche

den Blutdruck dadurch heben, daß sie den peripheren Widerstand unabhängig von den Nervenzentren vermehren. Die wenigen bisher so behandelten Fälle haben sehr ermutigende Resultate ergeben, und diese Mittel sollten unter allen Umständen an Stelle der Stimulantien angewandt werden. Mit Ausnahme bei den abdominellen Operationen erscheint die Methode der Blockierung der großen Nervenstämme zentralwärts von der Operationsstelle durch Kokaininjektionen ein sehr wirksames Mittel zu sein, um Chok selbst bei den größten Operationen zu vermeiden. Die Darreichung von Morphium vor und nach der Operation erscheint als Mittel gegen den Chok empfehlenswert. Der Gang der Behandlung ist also folgender: Ist die Operation eine Laparotomie und droht Chok, so sollte vor Schluß der Bauchhöhle physiologische Kochsalzlösung, event. mit Hemisin oder Adrenalin 1 : 40000, in die Bauchhöhle eingeführt werden. Am Schluß der schweren Operationen sollte eine enge Bauchbinde umgelegt, event. sollten die Extremitäten fest in zentraler Richtung gewickelt werden. Ins Bett gebracht sollte dem Pat. das Fußende des Bettes wenigstens 30 cm erhöht erhalten, und alle Kissen sollten unter seinem Kopf entfernt werden. Der Pat. soll warm gehalten werden, event. ein Nährklistier erhalten. Keine Stimulantien! Bei Beginn von Chok sollte eine Spritze aseptisches Ergotin gegeben, Morphium soll stets am Ende einer Operation, ob Schmerzen oder nicht vorhanden sind, verabfolgt werden, falls nicht strikte Kontraindikation besteht. Wenn trotz allem der Blutdruck niedrig bleibt, wird eine intravenöse Adrenalin-Kochsalzinfusion 1 : 20000 gemacht mit der Einlaufgeschwindigkeit von 3—5 ccm pro Minute. Bei auf schwere Blutungen folgendem Kollaps ist eine Kochsalzinfusion baldmöglichst zu machen, in der ungefähren Menge des Blutverlustes. Bei plötzlichem Kollaps, auch infolge Chloroformvergiftung, ist die intravenöse Applikation von Adrenalin von größtem Werte. Da es den Blutdruck künstlich hebt, vermögen dann Herz und vitale Nervenzentren leichter ihre Funktion wieder aufzunehmen. Es ist anzunehmen, daß auch bei Wiederbelebung Ertrunkener und ähnlichen dringenden Fällen von diesem Mittel Erfolg erwartet werden kann. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

---

3) **Karewski.** Über Wechselwirkungen zwischen Diabetes und chirurgischen Eingriffen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 10—12.)

Aus der erschöpfenden Darstellung kann hier nur weniges herausgegriffen, die Lektüre der Arbeit warm empfohlen werden.

Als ersten und obersten Lehrsatz stellt Verf. die Behauptung auf, daß sich beim Diabetiker nach blutigen Eingriffen keinerlei eigenartige Symptome einstellen. Was auch immer sich ereignen mag; derselbe Zwischenfall kann auch ohne absichtliche Zufügung einer Verletzung auftreten. Je höher beim Menschen der Grad der Glykosurie ist, je resistenter gegen die Herabsetzung durch geeignete Ernährung, um so

mehr besteht die Möglichkeit der Infektion. Jeder Operation hat, wenn irgend möglich, eine antidiabetische Behandlung voraufzugehen. Es kann ein Kranker, dessen Urin hohen Zuckergehalt aufweist, besser gegen die Infektion geschützt sein, weil er sich in gutem Allgemeinzustande befindet, als ein anderer mit mäßigem Zuckergehalt, aber von schlechter Konstitution. Man soll, in richtiger Erwägung der Verhältnisse, die Prognose des Aufschubes einer blutigen Therapie in Proportion zu der Voraussicht des Wundverlaufes zu bringen suchen. Jeder gewissenhafte Chirurg hat vor jeder blutigen Maßnahme, oder noch richtiger bei jedem seiner Klienten eine Untersuchung des Urins vorzunehmen. Die typische dyspnoische Form des Koma nach chirurgischen Eingriffen ist fast ausnahmslos an das Auftreten von Azetonurie und Azeturie gebunden. Nur bei dringlichen Eingriffen kann eine exklusive Fleischkost zur schnellen Entzuckerung in Frage kommen, sonst sind alle einseitigen Fleisch- und Fettkuren direkt verwerflich. Das Hungern nach der Narkose und die Reinigung des Magen-Darmtraktus vor der Operation haben beim Diabetiker ihre Bedenken. Zur Vermeidung eines Koma kann man nichts weiter tun, als diejenigen Maßnahmen mit besonderer Strenge durchführen, die wir bei der Behandlung von schwer Zuckerkranken zur Vorbeugung gegen das Koma anwenden. Das Eintreten des Koma kann unabhängig sein von der Höhe der Zuckerausscheidung, sowie von dem Vorhandensein einer Säureintoxikation. Das Peritoneum und die Pleura sind nicht verletzlicher als bei Gesunden. Bei keiner Krankheit ziemt größere Zurückhaltung in der Prognose als beim Diabetes. Melliturie verbietet unter allen Umständen jede überflüssige oder vermeidbare Operation. Ist das Blut bereits mit Säuren überladen, darf nur die Frage der Lebensrettung den Ausschlag geben; jedenfalls sollen aber nach dem Eingriffe große Quantitäten von Alkalien zugeführt werden. Von großer Wichtigkeit ist die Verabfolgung bedeutender Flüssigkeitsmengen vor und nach dem Eingriffe. Bei Kochsalzinfusionen und bei durch Mund und Mastdarm zugeführter Flüssigkeit setze man Alkalien zu, um deren Menge im Organismus zu häufen. Man operiere frühmorgens, um Fasten zu vermeiden. Ob Inhalationsnarkose gebraucht werden soll, muß von Fall zu Fall entschieden werden. Bei örtlicher Betäubung ist zu vermeiden, die Gewebe in starke Spannung zu versetzen; Schleich'sche Anästhesie ist also nicht verwendbar. Bei der Abwägung ob operiert werden soll oder nicht und wann, ist zu bedenken, ob nicht der Diabetes geeignet ist, gerade durch Zuwarten die Gefahren zu vermehren. Bei bösartigen Neubildungen ist der Einsatz kein erheblicher und der Gewinn in den meisten Fällen ein fast sicherer. Am ungünstigsten sind die Aussichten beim Mastdarmkrebs; hier sollte man die allerstrengste Auswahl für die Exstirpatio recti treffen, aber bei Diabetikern eine ausgedehntere Anwendung von der Anlegung des Kunstafters machen. Günstiger liegen die Verhältnisse beim Magen- und Dickdarmkrebs wegen der Möglichkeit, aseptisch zu operieren. Furunkel soll man nicht inzidieren, sondern exzidieren, falls ein chi-

rurgischer Eingriff nötig wird. Absolut notwendig ist die Exzision bei Karbunkeln; nach einfacher Eröffnung durch Schnitt tritt oft Koma ein. Falls der Kräftezustand es erlaubt, ist schon ausgebrochenes Koma keine Kontraindikation für die Exzision. Alle anderen Eiterungen am Rumpf und den Extremitäten müssen nach allgemein bewährten Grundsätzen der modernen Chirurgie angefaßt werden, nur um so radikaler, wenn Pat. zuckerkrank ist und Allgemeinerscheinungen von Eitervergiftung auftreten. Kommt Amputation in Frage, so soll man nicht prinzipiell hoch oder tief absetzen, sondern individualisieren; natürlich wird man die Absetzung in tieferen Teilen ceteris paribus vorziehen; jedenfalls soll man nur da operieren, wo volle Asepsis und hinreichende Blutversorgung garantiert ist. Alle komplizierten Amputationsmethoden sind verwerflich, von der primären Wundnaht ist Abstand zu nehmen. **Langemak** (Erfurt).

---

4) **Schlesinger.** Die Indikationen zu chirurgischen Eingriffen bei inneren Erkrankungen; mit einem Anhange von Privatdozent Dr. Schnitzler. 3. Teil.

Jena, G. Fischer, 1905.

Der Abschluß eines Werkes, dem meines Erachtens eine sehr gute Prognose gestellt werden muß. Die knappe präzise Darstellung, der frische Zug, der durch das ganze Buch geht, macht die Lektüre zu einer Freude.

Für den Praktiker ist es bestimmt, und der Interne, der praktische Arzt und sicher nicht am wenigsten der Chirurg wird in ihm eine wertvolle und in dieser Weise bisher noch nicht gebotene Bereicherung seines Bücherschatzes besitzen.

In diesem letzten Teile sind zunächst die Krankheiten des Magens, des Darmes und des Bauchfelles nach den gleichen Gesichtspunkten behandelt, wie ich das bereits bei Besprechung des vorigen Teiles erwähnt habe.

Der Chirurg wird erstaunt und erfreut sein darüber, daß ein innerer Kliniker fast durchweg die gleichen Indikationen aufstellt, wie die modernsten Chirurgen. Allerdings steht Verf. bei der Blinddarmentzündung nicht auf dem Standpunkte prinzipieller Frühoperation, wie Riedel, Rotter, Rehn, Sprengel u. a. ihn verfechten. Auch bedarf die Notiz über Rotter's Indikationsstellung einer Änderung insofern, als hier noch Rotter's frühere, mehr konservative Behandlungsweise ausführlich dargelegt ist. Doch wird sich wohl bald allgemein die Indikationsstellung so nach der radikalen Seite hin verschieben, daß dies Kapitel bei der nächsten Auflage sich weit einfacher und übersichtlicher wird darstellen lassen.

Eine sehr gute klare Darstellung der Indikationen zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt, und zwar nur insoweit, als innere Krankheiten der Mutter in Frage kommen, ist angefügt, ferner ein Abschnitt über Operationen bei Diabetes.

Man kann nur sagen, daß, wenn sich alle Praktiker nach S.'s Indikationen richten würden, die Erfolge der chirurgischen Arbeit und das Vertrauen zu ihr gewaltig wachsen würden.

Schnitzler gibt dann als Chirurg noch eine knappe lebendige, aus der Fülle großer Erfahrung geschöpfte Darstellung der »Beeinflussung des Organismus durch operative Eingriffe«.

Am Schluß folgt ein übersichtliches Inhaltsverzeichnis. Der Preis des Werkes ist sehr gering. **W. v. Brunn** (Rostock).

5) **Cushing.** The special field of neurological surgery.

(Johns Hopkins hospital bull. 1905. März.)

Klinischer Vortrag über das ganze Gebiet der Nervenchirurgie.

Beim Kapitel »Gehirn« redet C. der palliativen Trepanation in Fällen von Hirndruck, wo eine lokale Ursache nicht zu finden ist, das Wort. Er schlägt vor, dabei so zu verfahren, daß man jederseits ein Stück der Schläfenschuppe fortnimmt, so daß hier das Hirn nur durch Fascie und Muskulatur bedekt wird. Er hat gute Erfolge davon gehabt, Schmerzen und Sehstörungen danach verschwinden sehen. Bisweilen entdeckt man dabei auch die Ursache des Hirndruckes, Geschwulst oder Gumma, und kann sie beseitigen.

Ein dankbares Feld für die operative Chirurgie sind die Blutungen in der Schädelhöhle. 3mal konnte C. Pat., welche nach Traumen schwere psychische Störungen erworben hatten, durch Entfernung der Gerinnsel heilen oder wesentlich bessern.

Selbst bei Neugeborenen, wo infolge schweren Geburtsverlaufes, event. nach Anlegung der Zange, Zeichen intrakranieller Blutung sich einstellten, soll man mit der Eröffnung des Schädels nicht unnötig zögern; C. konnte zwei derartige Kinder, die unter den Symptomen zunehmenden Hirndruckes zu sterben drohten, retten. Von den Apoplektikern, die C. bald nach dem Schlaganfall zu trepanieren Gelegenheit hatte, konnte er zwar keinen am Leben erhalten, doch kehrte bei allen sofort nach der Operation das Bewußtsein wieder; einer dieser Kranken erlag erst nach Tagen einer Pneumonie; er hat bis zuletzt das Bewußtsein behalten. Bei sechs Fällen von Hydrocephalus internus stellte Verf. durch Trepanation der Lendenwirbelsäule eine Drainage nach dem retroperitonealen Gewebe her; in drei Fällen beobachtete er wesentliche Besserung. Einen Fall von eitriger Leptomeningitis spinalis (Staphylokokkus aureus) brachte er durch Drainage und Irrigation des Arachnoidealraumes zur Heilung; Pat. starb nach 6 Monaten an Pyonephrose; bei der Sektion erwiesen sich die Hirn- und Rückenmarkshäute normal.

Auch mehrere Geschwülste des Rückenmarkes entfernte er, einen, nicht näher bezeichneten, mit voller Wiederherstellung aller nervösen Funktionen; bei einem zweiten, der seit 17 Jahren wegen Myelitis transversa in Behandlung gestanden hatte, wurde ein Fibrom von Mannsfaustgröße gefunden; hier gingen die nervösen Symptome nicht wieder zurück; durch Entfernung einer Dermoidcyste bei einem Kinde

wurde die bestehende totale Paraplegie ganz beseitigt. C. ist der Meinung, daß man auch palliativ bei inoperablen Geschwülsten den Wirbelkanal eröffnen und soviel fortnehmen soll wie möglich, um die großen Schmerzen solcher Kranken zu lindern. Nie soll man bei Hämatomyelie operieren, da dort mit großer Wahrscheinlichkeit von selbst wesentliche Besserung bezw. Heilung zu erwarten ist. Bei Frakturen mit Dislokation, wo doch so gut wie immer eine schwere Zerquetschung des Markes vorliegt, schadet man zwar meist nicht, aber man nützt auch in der Regel nicht im geringsten. Sehr geeignet für chirurgische Eingriffe sind die Fälle, wo ein Fremdkörper, ein Knochensplitter oder ein Geschoß lokale Symptome machen.

Die Chirurgie der peripheren Nerven hat besondere Erfolge durch die Nervenpfropfung gezeitigt. Dreimal hat C. mit Erfolg den Facialis wieder funktionsfähig gemacht und empfiehlt diese Methode besonders für die Behandlung der spinalen Kinderlähmung.

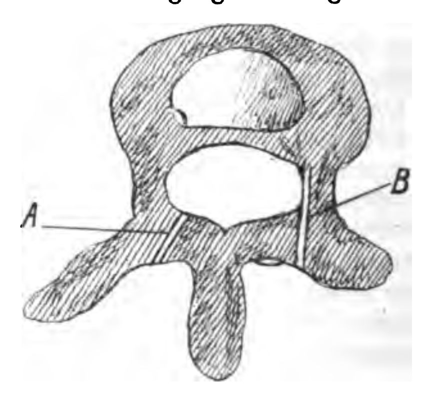
W. v. Brunn (Rostock).

---

6) **Bickham.** Technique of exposure of the spinal cord and canal; osteoplastic resection and laminectomy.

(Annals of surgery 1905. Nr. 3.)

Verf. meint, daß man bei Operationen am Rückenmark der osteoplastischen Lappenmethode den Vorzug vor der Laminektomie zu geben habe. Es scheint ihm unbekannt zu sein, daß Urban bereits im Jahre 1892 in Deutschland eine osteoplastische Methode zur Freilegung des Rückenmarkskanales publizierte. Es weicht daher seine Lappenbildung (u-förmig) von der Urban'schen auch nicht ab. Er beschreibt dann ausführlich unter Beifügung recht guter Abbildungen beide



Operationsmethoden; besonders erwähnenswert ist, daß er empfiehlt, die Durchschneidung der an die Dornfortsätze sich ansetzenden breiten Rückenmuskel bei aufwärts strebenden Muskelfasern von unten nach oben, bei abwärts strebenden in umgekehrter Richtung zu durchschneiden: Die Trennung der Wirbelbögen nimmt er mit der von Doyen angegebenen Säge vor, die rechtwinklig zum Rückenmarkskanal (*A*) und nicht parallel (*B*) zu führen ist. Bei der osteoplastischen Methode

ist noch vor Bildung des Lappens der an der Basis desselben gelegene Dornfortsatz abzutrennen mit der Gigli'schen Säge, da sonst ein Aufklappen des osteoplastischen Lappens nicht möglich ist. Nach vollzogener Abtrennung des Krankheitsherdes vom Rückenmarke wird die Dura mit Catgut ebenso wie die tieferen Weichteile gänzlich geschlossen; bei osteoplastischer Lappenbildung wird in den unteren Wundwinkel ein feiner Drainagedocht extradural für 24 Stunden eingelegt. Ein fester Verband (Gipskorsett usw.) ist nach der Operation nur dann nötig, wenn die Bögen in großer Ausdehnung fortgenommen oder osteoplastisch reseziert werden. B. hat die osteoplastische Methode bis jetzt nur an Leichen ausgeführt, da er die Doyen'sche Säge noch nicht kannte und nicht wußte, daß das Aufklappen des Lappens durch die Fortnahme des Dornfortsatzes an der Basis erleichtert wird. Er meint, die Methode habe vor der linearen Laminektomie folgende Vorteile: 1) Schonung der Wirbel, 2) übersichtliches Operationsfeld, 3) größere Sicherheit, die Infektion zu verhüten und eine Heilung per primam herbeizuführen. **Herhold** (Altona).

---

7) **B. Müller** (Hamburg). Zur Technik der Laparotomie.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 9.)

Um eine Infektion der Laparotomiewunde zu verhüten, die durch den Inhalt von exstirpierten Cysten, Geschwülsten usw. erfolgen kann, hat M. eine Laparotomiemanschette aus dünnem Gummistoff konstruiert, die nach vorherigem Auskochen, mittels dünnen, federnden Klammern die Wundränder des Bauchschnittes vom Bauchfell bis zur äußeren Haut breit umfassend, angelegt wird und bei Belastung letztere klaffend erhält; die Entfernung und der Ersatz durch eine neue geht schnell von statten. Die Manschette wird in zwei Größen angefertigt. (Der Schutz der Bauchwunde durch Gummidecken ist bereits 1901 von Küstner empfohlen worden. Ref.) **Kramer** (Glogau).

---

8) **Karewski.** Zur Technik der Radikaloperation von Bauchnarben- und Nabelhernien.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904. Nr. 53.)

Seit 4 Jahren hat K. in 13 Fällen mit gutem Erfolge folgende Operationsmethode angewandt. Unbekümmert um den Sitz und die Ausdehnung des Bruches wird er in ganzer Ausdehnung in gesunder Haut umschnitten. Die Narbe wird exstirpiert, wobei eine Verletzung des Bauchfells vermieden wird. Passiert dies doch, so wird das Loch sofort mit feinen Catgutnähten geschlossen. Sodann wird die Haut mit dem Unterhautfettgewebe sauber von der Aponeurose der Muskeln, und wo letztere bei sehr großen seitlichen Brüchen aufhört, von den Muskeln selbst abpräpariert. $^1/_2$—1 cm von der Bruchpforte entfernt, genau in der Verlaufsrichtung der Öffnung, wird eine zweite Inzision

geführt, die bei medialen Hernien nur das äußere Blatt der Rectusscheide, bei lateralen die Aponeurosen des Obliquus externus und internus oder bei großen Brüchen diese Muskeln selbst durchtrennt. Der Transversus bleibt geschont. Jetzt verringert sich die Breitenausdehnung der Hernie, und letztere selbst sinkt in die Tiefe. Die angefrischten Ränder werden mit festen Catgutnähten vereinigt und nach innen umgekrempelt, so daß der Bruch vollends eingestülpt wird. Die zweite tiefgreifende Naht geht durch die Aponeurose und die Muskeln und legt die Schnittränder scharf aneinander. Es ist notwendig darauf zu achten, daß sich nirgends zwischen die Nähte Fett oder Muskeln einklemmen. Wenn große Spannung vorhanden ist, so wird die Naht durch Drahtplatten oder durch starke Seidenmatratzennähte, welche durch Haut und Muskeln geführt werden, unterstützt. Bei weitgehender Hautablösung wird zur Drainage ein Jodoformgazestreifen eingeführt. Nach der Operation Lagerung mit vornübergebeugtem Rumpf und im Hüftgelenke gebeugten Beinen (Rollkissen unter die Knie). Jede meteoristische Auftreibung des Leibes wird durch entsprechende Diät und frühzeitige Darmentleerung vermieden. Nur bei Nabelbrüchen werden etwaige Verwachsungen gelöst, sonst wird die Eröffnung des Bauchfells streng vermieden.

Borchard (Posen).

---

9) **Zwalenburg.** The relation of mechanical distention of the etiology of appendicitis.

(Annals of surgery 1905. Nr. 3.)

Vier Punkte kommen nach Z. für die Ätiologie der Appendicitis in Betracht: 1) Die Konstriktion, 2) die Sekretion, 3) die pathologischen Keime, 4) die Ausdehnung des Wurmfortsatzes. Als wichtigster Punkt ist aber die im Innern des durch ein Kotstück oder eine Striktur verschlossenen Wurmfortsatzes herrschende Drucksteigerung anzusehen. Diese drückt auf die Blut- und Lymphgefäße, wodurch die Gewebe widerstandsunfähiger gegen die im Wurmfortsatze vorhandenen pathogenen Keime werden. Wenn durch den Druck im Innern der verengende Abschnitt überwunden und der Inhalt ins Kolon ausgestoßen wird, so geht der Anfall günstig vorbei, im anderen Falle tritt Gangrän und Perforation ein. Z. hat bei Hunden den Wurmfortsatz abgebunden, nachdem er durch Wasser ausgedehnt und Staphylokokken hineingebracht waren; es trat eine heftige Appendicitis auf, die ausblieb, wenn die Ausdehnung durch Wasser nicht gemacht wurde. Verf. glaubt, daß für das Eintreten einer Strikturierung der kongenital-hereditären Anlage des Individuums eine gewisse Rolle zuzuschreiben sei. Da man nie wissen kann, ob der Druck im Innern die enge Stelle überwindet und den Inhalt ins Kolon ableitet, oder ob es zur Gangrän oder Perforation kommt, will L. in jedem Falle festgestellter Appendicitis die Operation sofort ausgeführt wissen.

Herhold (Altona).

---

10) E. A. Pólya. Thrombophlebitis mesaraica, eine verhängnisvolle Komplikation der Appendicitis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 8 u. 9.)

Auf Grund dreier selbst beobachteter Fälle und der einschlägigen Literatur schließt P., daß es im Gefolge der Appendicitis durch Vermittlung der V. mesenter. super. zur Thrombophlebitis der Gekrösvenen kommen kann, die zumeist in den oberen Jejunalvenen sich etabliert. In einzelnen Fällen verläuft dieselbe ohne nennenswerte anatomische und funktionelle Störung lediglich als Teilerscheinung der portalen Pyämie. In anderen Fällen bewirkt sie die blutige Infarzierung und Gangrän des entsprechenden Darmabschnittes mit den entsprechenden Ileuserscheinungen. Ein recht charakteristisches Symptom ist die der oberen Partie des Jejunums entsprechende schmerzhafte Resistenz resp. Dämpfung unter dem linken Rippenbogen. Die Therapie besteht in der Prophylaxe, d. h. der möglichst frühzeitigen Entfernung des erkrankten Wurmfortsatzes, die um so mehr geboten ist, als die Komplikation sich auch an anfangs leicht verlaufende Appendicitisfälle anschließen kann. **Borchard** (Posen).

---

11) J. J. Schmidt (Frankfurt a. M.). Die Pylorusstenose der Säuglinge.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 7.)

S. hat zwei Fälle von angeborener Stenose des hypertrophischen Pylorus bei einige Wochen alten Kindern beobachtet, die der nach erfolgloser interner Behandlung ausgeführten (Gastroenterostomie resp. Pyloroplastik) Operation rasch erlagen. Auf Grund dieser Fälle und des Studiums der Literatur kommt er zu folgenden Schlüssen: 1) Es gibt eine angeborene, graduell verschiedene Pylorusstenose im Säuglingsalter, die vielleicht gar nicht so selten ist, indem sie als solche nur in ihrer schweren Form erkannt wird und zur Behandlung kommt. 2) Die weitaus größte Anzahl dieser Fälle gehört ganz sicher der echten hypertrophischen, auf anatomischer Basis beruhenden Form an und kann nur durch einen chirurgischen Eingriff geheilt werden. 3) Die seltenen Fälle von reinem Spasmus des Pylorus geben ein dankbares Feld für die innere Therapie ab, ebenso wie die relativen organischen Stenosen mit kompensatorischer Magenhypertrophie. 4) Höchstwahrscheinlich treten noch häufige Mischformen auf, indem zu den muskulären Anlagen hypertrophischer Pylorusstenosen sekundäre Spasmen hinzutreten, die dann erst das Krankheitsbild zu einem vollständigen machen. **Kramer** (Glogau).

---

12) G. R. Slade. Gallstones and cancer.

(Lancet 1905. April 22.)

Verf. macht interessante statistische und kritische Mitteilungen über Gallenblasenkrebs und seine ätiologische Abhängigkeit von Chole-

lithiasis aus dem pathologischen Institut des London Hospital. Bei 2180 Sektionen wurden Gallensteine 33mal gefunden (1,5%); davon war bei 17 Fällen die Cholelithiasis im Leben »latent« gewesen; in 16 Fällen konnten die Gallensteine direkt oder indirekt für den Tod des Individuums verantwortlich gemacht werden. In 16 der 17 »latenten« Fälle waren die Steine weich und glatt und die Gallenblasenschleimhaut ganz normal; in einem Falle war der Stein höckrig rauh, die Schleimhaut verdickt — es wurde Karzinom hier festgestellt. — Insgesamt wurde Gallenblasenkrebs gefunden: 1) in 30% (10 von 33) aller Fälle von Gallensteinen; 2) in 56% (9 von 16) aller Fälle, wo Gallensteine während des Lebens Symptome gemacht hatten; 3) in 58,8% (10 von 17) aller Fälle, bei welchen bei der Sektion die Wand der Gallenblase »entzündliche Verdickung« zeigte. Vermutlich würde der letztere Prozentsatz noch höher gewesen sein, wenn von den 12 derartigen Fällen nicht bloß 5, sondern alle 12 histologisch untersucht worden wären.

Die alleinige Anwesenheit von Gallensteinen genügt nach Verf.s Beobachtungen nicht, um Karzinom der Gallenblase zu provozieren; es muß vorhanden sein: 1) ein rauher Stein, der kontinuierlich Irritationen verursacht; 2) infektiöse Cholecystitis mit oder ohne Eiter, oder 3) beide Zustände zusammen. — Als praktische Schlußfolgerungen dieser Tatsachen gibt Verf. an: »Entzündliche« Verdickungen der Gallenblasenwand sind stets von vornherein als karzinomatös zu erachten. In solchen Fällen sollte stets als Routineoperation die Cholecystektomie gemacht werden.

Die Arbeit enthält 7 histologische Bilder der normalen und karzinomatös veränderten Gallenblasenwand. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

Kleinere Mitteilungen.

13) XVII. Congrès français de chirurgie (17. en 24. Oktober 1904.

(Revue de chir. XXIV. ann. Nr. 11.)

(Schluß.)

Abdomen, appareil digestif.

Reynier (Paris): **Sur la conduite à tenir en cas de rupture de la cicatrice et de la sortie de l'intestin au dehors.**

In einem Falle machte R. die Reposition — die Kranke erlag der Peritonitis; im zweiten legte er einfach elastischen Verband darüber, die Eingeweide zogen sich spontan zurück, die Kranke genas.

Diskussion: Pozzi (Paris) näht mit Silberdraht, um feste Narbe zu erzielen. Er hat die Ruptur 6mal erlebt, 1mal mit tödlichem Ausgange; die Därme sind in die Bauchhöhle zurückzubringen.

Roux (Lausanne) schließt sich Pozzi an; er verwirft fortlaufende Catgutnaht und empfiehlt Seidenknopfnähte.

Bousquet (Clermont-Ferrand) hat trotz ungünstiger Verhältnisse 2mal reponiert mit gutem Erfolge.

Brin (Angers) glaubt, die Ruptur auf Infektion zurückführen zu sollen.

Gourdet (Nantes) erlebte das Platzen der Narbe nach Achternaht, die er seither

nicht mehr übt; gegenüber der Reposition des Vorfalles machte er Bedenken geltend, besonders nach Operationen im eitrigen Gebieten (Beckeneiterung z. B.).

Montprofit (Angers): Origine traumatique de certaines affections de l'estomac.

Öfter, als allgemein bekannt, dürfte Trauma zu Magenaffektionen führen; im vorliegenden Falle erkrankte ein Mann nach Schlag auf die Magengegend an einer entzündlichen Geschwulst, die unter dem Bilde eines Karzinoms verlief. Die Gastroenterostomie en Y führte Heilung herbei.

Brin (Angers): De la gastroenterostomie dans les troubles gastriques des nevropathes.

Neben 17 operativen und funktionellen Heilungen zählt B. zwei völlige Mißerfolge. Beidemal hatte die Laparotomie keine Magenerkrankungen erkennen lassen. Hier ist es besser, die Laparotomie als Explorativeingriff zu beenden.

Kocher (Bern): Résultats définitifs de l'excision de l'estomac.

K. hat bisher 99 Resektionen am Magen, davon 45 in den letzten 6 Jahren ausgeführt, mit 5% Mortalität. 20 seiner Operierten leben noch, einer seit 16 Jahren geheilt, andere seit 17, 6, $5^1/_2$ und 2 Jahren. Es sollte immer so früh wie möglich bei Magenkrebs zur Operation geschritten werden.

Michel (Nancy): Colite muco-membraneuse rebelle à tout traitement; iléo-sigmoidostomie. Guérison.

Seit 25 Jahren keine spontane Stuhlentleerung, dabei schmerzhafte Koliken, Abmagerung, nervöse Überreizung. Nach der einseitigen Ausschaltung zuerst Diarrhöe, dann geformte Stühle.

Pauchet (Amiens): Traitement chirurgical des colites graves.

Einfache Formen heilen mit innerer Behandlung; Verstopfung, Schmerzen, Koliken, Abmagerung zwingen zur Operation. Beruht die Erkrankung auf Geschwüren, und lassen sie sich auffinden, so ist Resektion am Platze. Andernfalls je nach der Schwere: Ileosigmoidostomie mit und ohne Ausschaltung und Kunstafter. Die Operationen sind gutartig. In 5 von 12 Fällen war das Ergebnis vorzüglich, in 6 weiteren genügend, in 2 endlich negativ. In den ersten Tagen nach der Operation stellen sich meist Schmerzen ein, während die Verstopfung sofort weicht.

Bousquet (Clermont-Ferrand): Tolérance des néoplasmes du gros intestin, leur rôle dans l'occlusion intestinale aiguë.

Langsames Wachstum, weite Darmlichtung, späte Ulzeration bringen es mit sich, daß Dickdarmkarzinome oft und lange unerkannt bleiben; unvermittelt werden sie dann intolerant, sei es infolge von Fremdkörperreizung oder durch Krämpfe. Bei Kranken über 40 Jahre soll man bei entsprechenden Symptomen immer an die Möglichkeit des Dickdarmkarzinoms denken.

Diskussion: Demoulin (Paris): Bei alten Leuten bestehen recht häufig unerkannte Dickdarmkrebse; als Fremdkörper genügt oft ein harter Kotballen zur Entstehung des Verschlusses.

Buscarlet (Genf): Laparotomie pour invagination intestinale chez un enfant de 4 mois.

Bei der Schwierigkeit der Operation, dem Vorfall der gefüllten Därme, die kaum wieder zurückzubringen waren, erlag das Kindchen nach vorübergehender Erleichterung.

Girard (Genf): Sur le cancer du rectum haut placé.

Die Diagnose hochsitzender Mastdarmkrebse ist nicht leicht, erfordert, wenn Verstopfung oder schleimig-blutige Entleerungen selten sind und fehlen, öfters die Probelaparotomie oder die hohe Rektosigmoideoskopie. Oft wird das Wesen der Krankheit erst im Moment erkannt, wo die Geschwulst in Nachbarorgane durchgebrochen ist; auch jetzt noch kann sie perforative Appendicitis vortäuschen. In einem Falle gelang es einem aufmerksamen Kranken relativ frühzeitig, im Stuhl ein Geschwulstpartikel zu finden. Auf Grund der histologischen Diagnose ließ sich die Resektion ausführen; Pat. ist seit 2 Jahren geheilt.

Depage (Brüssel): **Resultats éloignés de la résection du rectum pour cancer.**

Von 30 im Zeitraume von 11 Jahren Operierten hat D. 20% (6 oder 7?) infolge der Operation verloren; von den Überlebenden sind 30% dauernd (2 bis 11 Jahre) geheilt. Er operiert in Bauchlage.

Brunswic le Bihan (Tunis): **A propos de l'appendicite chez les Arabes.**

Während die nomadisierenden, von Pflanzenkost lebenden Araber selten oder nicht an Appendicitis leiden, findet sich die Krankheit in gleicher Häufigkeit wie bei den Europäern bei den in Städten wohnenden. Immerhin bieten sie als Besonderheit meist das Bild der Darmbeinphlegmone, was sich aus dem meist retrocoekalen Sitze des Wurmfortsatzes erklärt.

Reboul (Nimes): **Appendicites aiguës avec peritonites généralisées.**

Von vier Pat. konnte R. zwei retten. Vor allem ist bei vermutlicher Peritonitis so früh als möglich zu operieren, ausgiebig zu drainieren; Kochsalzinfusionen bewirken die innere Desinfektion, sind vor und nach dem Eingriff auszuführen, und endlich kann die Spülung des Bauchfells mit abgekochtem Wasser — event. nach Zusatz von Wasserstoffsuperoxyd — gutes leisten.

Pauchet (Amiens): **Drainage abdomino-rectale des abcès pelviens d'origine appendiculaire.**

Die vom Wurmfortsatz ausgehenden Beckenabszesse drainiert P., indem er nach Inzision der Bauchdecken im rechten Hypochondrium und Entleerung des Eiters eine Kornzange bis in die Aftergegend vorschiebt und dort die Gegenöffnung anbringt. Das Drainrohr liegt gut, gestattet Durchspülung usw.

Paul Delbet (Paris): **Remarques sur l'appendicite.**

D. bekennt sich nach wie vor zu den Frühoperationen, verlangt jedoch, daß ohne größere Schädigung des Bauchfells und seiner Verwachsungen der Wurmfortsatz entfernt werde. In einem Falle, wo Herzleiden zur einfachen Inzision nötigte, die den Zustand jedoch nicht besserte — denn sie raubt nach D. nur den Anaëroben die Existenzbedingungen, ohne die Krankheit zu heilen — hat er durch Injektion Raymond-Petit'schen Serums in die Wunde Desinfektion des Herdes erzielt.

Roux (Lausanne): **Résultats de la cure radicale de la hernie crurale par le procédé du clou.**

Wenn der Bruchsack reseziert ist, schiebt R. die V. cruralis bei Seite und nagelt das Lig. Pouparti auf den horizontalen Schambeinast mit vernickelten Stahlnägelchen. Bislang 136 Fälle mit zwei Rezidiven, ohne Todesfall. 56 länger als 3 Jahre beobachtet.

Diskussion: Lucas Championnière (Paris) hat bei einer Nachforschung der von ihm operierten Schenkelbrüche nur zwei Rezidive gefunden.

Lucas Championnière: **Varices lymphatiques des bourses et du cordon prises pour des hernies inguinales.**

In beiden von C. operierten Fällen war die Verwechslung zu entschuldigen. Die Geschwulstbildung war teilweise reponibel, schlug an beim Husten, und nach teilweiser Reduktion blieben netzartig anzufühlende Massen zurück; beide Pat. hatten dann auch Bruchbänder getragen. Fieber war nicht vorhanden, so daß der Verdacht auf Filaria nicht aufkam. Die Erweiterung der Lymphbahnen war im zweiten Falle beträchtlich — sie machten eingeweideartigen Eindruck. Die Operation erzielte Heilung der beiden Kranken.

Gauthier (Luxeuil): **Sur les vomissements incoercibles dans la hernie épiploique irréductible non étranglée.**

Es solle bei Netzbrüchen auch ohne peritonitische Reizungen monatelang unstillbares Erbrechen bestehen können, das nach der Radikalkur schwindet. Mitteilung eines einschlägigen Falles.

Péraire (Paris): Phimosis et hernies chez l'enfant.

Das gewiß jedem Arzte bekannte häufige Zusammentreffen von kongenitalen Brüchen mit Phimosis glaubt P. in ein Abhängigkeitsverhältnis umwandeln zu sollen, so zwar, daß P. Veranlassung zur Entstehung der Hernien in der vermehrten Bauchpresse erblicken möchte. Nach operativer Beseitigung der Phimose verschwinden die Hernien von selbst.

Vidal (Lyon): De l'origine portale de certains accidents graves consécutifs à des interventions sur la région du hile du foie.

Mehrmals hat V. nach fester Tamponade der Hilusgegend bedrohliche Erscheinungen (welche?) gesehen, die er auf Kompression der Vena portae zurückführt. Das erste Mal nahm er innere Blutung an, verstärkte die Tamponade, die Kranke erlag; das andere Mal beseitigte er die Kompression, worauf die Störungen schwanden.

Monprofit (Angers): Cholécystenterostomie en Y.

Nach Durchtrennung des Jejunum Einpflanzung des Blasenfundus in das Aborale, und des oralen Endes in die aborale Schlinge. Einmal mit Erfolg ausgeführt.

Fournier (Amiens): Cholécystenterostomie pour les fistules biliaires persistantes.

In zwei Fällen von Gallenfistel, deren Offenbleiben nicht durch Choledochussteine bedingt war, hat F. die Cholecystoduodenostomie mit gutem Erfolg ausgeführt.

Barnsby (Tours): Deux observations de tumeurs hépatiques guéries par simple laparotomie exploratrice.

Die angeblichen Geschwülste — wir erfahren nichts über ihre Natur — waren mit Ascites verbunden. Nach der Probelaparotomie gingen sie zurück und blieben während 4jähriger Beobachtung verschwunden.

Morestin (Paris): Volumineux hématocèle périsplenique consécutive à une rupture traumatique de la rate.

Oberflächlicher Riß einer Sumpffiebermilz durch Faustschlag, Entwicklung einer enormen Hämatokele durch Nachblutungen. Die Höhle schloß sich erst nach Resektion des Rippenbogens.

Diskussion: Cazin (Paris) hat nach Thoraxkompression (Sturz mit dem Pferde) das gleiche beobachtet; ob aber Milz oder Leber verletzt waren, gestattete die Operation — Eröffnung, Drainage — nicht zu erkennen.

Brunswic de Bihan (Tunis): Kystes metaclasiques de la rate.

Zwei analoge Fälle wie Morestin's, durch traumatische Ruptur von Malariamilzen bedingt. B. hält die Blutungen für intrakapsulär und hat im ersten Falle die Milz mit entfernt (Tod des Individuums), da andere Mal die Tasche breit drainiert (Heilung).

Voies urinaires.

Cecchērelli (Parma): Decapsulation et fixation des reins.

Bei seinen Tierversuchen und seinen Nephropexien usw. hat C. die Erfahrung gemacht, daß die Enthülsung der Niere ein ebenso harmloser als wertvoller Eingriff zur Wiederherstellung der Nierenfunktion ist. Nach Entfernung der Kapsel schwillt die Niere an, wird blutreicher; somit ist in den ersten Tagen die Diurese gering, Harnstoff und sonstige feste Bestandteile reichlich, um nachher wesentlicher Steigerung der Harnmenge Platz zu machen, wenn sich eine reichliche Gefäßbildung der Oberfläche entwickelt hat. C. glaubt deshalb bei akuter funktioneller Niereninsuffizienz die Enthülsung anraten zu sollen, ebenso vielleicht bei bakterieller Nephritis. Da sich die Wanderniere gleichfalls im Zustande chronischer Funktionsstörung befindet, hält er seine Methode, das Organ nach Enthülsung mittels Fadens an den Rippen aufzuhängen, für besonders geeignet, durch feste gefäßhaltige Verwachsungen reponierend auf die chronisch erkrankte Niere zu wirken.

van Stockum (Rotterdam): Le diagnostic des abcès metastatiques du rein.

Manche Fälle von bakterischer Nephritis bieten außer verzehrendem Fieber keinen Anhalt für die Diagnose; das Volumen der erkrankten, von zahlreichen

Abszessen durchsetzten Niere kann so wenig vergrößert sein, daß ihre Tastung nicht möglich ist. van S. erblickt nun in gesteigerter Diurese — 2500 ccm täglich — einen wertvollen Hinweis, der bei Vorhandensein von Eiweiß, Zylindern und Leukocyten entschieden für Abszedierung der Niere spricht. Nachdem er einen Fall mangels richtiger Diagnose verloren, gelang es ihm in zwei anderen, durch Nephrektomie bezw. Nephrotomie, Heilung zu erzielen.

Dujon (Moulins): Quatre opérations sur le rein.

Es handelt sich um zwei transperitoneale Nephrektomien und zwei Nephrotomien wegen Anurie. Die eine bei tabischem Kranken, wo die rechte Niere als Sitz eines Steines angesehen, aber frei gefunden wurde, und die Anurie erst am 6. Tage nach der Operation schwand, die andere bei einem Kranken, dem früher die rechte Niere wegen Steinen entfernt war. Sämtliche vier Operierte heilten.

Fournier (Amiens): Cystotomie d'urgence et prostatectomie chez un prostatique calculeux.

Der Kranke, 76 Jahre alt, beherbergte 80 Steine in der Blase, und auch die Pars membranacea urethrae enthielt solche. F. hält es überhaupt für ratsam, der Prostatektomie die Anlegung der Blasenfistel vorauszuschicken.

Lavaux (Paris): Traitement des fistules urétro-rectales.

L. empfiehlt zu ihrer Heilung nicht reizende antiseptische Harnröhrenspülungen; führt als Beispiel einen so geheilten Diabetiker an.

Geschlechtsorgane.

G. Richelot (Paris): Des indications actuelles de l'hystérectomie vaginale.

Kleine Myome entfernt R. vaginal, mittelgroße bald so, bald abdominal; für große Myome kommt nur die Laparotomie in Frage. Die Illusionen, mit denen die abdominale Hysterektomie der krebsigen Gebärmutter neuerdings in Angriff genommen wurde, haben sich nicht erfüllt; R. betrachtet nach wie vor die vaginale Hysterektomie für die Operation der Wahl bei Karzinom des Uterus und manchen doppelseitigen Adnexerkrankungen. Dagegen zieht er für die einseitigen und im allgemeinen für die entzündlichen Beckenerkrankungen den Leibschnitt vor.

Diskussion: Faure (Paris) schließt sich dem an. Nur bei recht virulenten Beckeneiterungen und puerperalen Infektionen geht er vaginal vor.

Walther (Paris) behandelt Fibrome und puerperal septische Eiterungen wie Richelot und Faure, operiert jedoch die Adnexentzündungen abdominal. Hauptsache sei gute Überkleidung mit Bauchfell und Drainage.

Sorel (Dijon) stimmt im allgemeinen Richelot bei, gibt jedoch gleichfalls seiner großen Enttäuschung Ausdruck über die unzulänglichen Erfolge der abdominalen Hysterektomie bei Krebs.

Pozzi (Paris) entfernt kleine Myome per vaginam; bei jungen Frauen jedoch, wo man enukleieren und vielleicht den Uterus erhalten kann, empfiehlt sich die Laparotomie; diese eignet sich auch für Krebse, die mäßige Ausdehnung in der Richtung des Harnleiters gewonnen haben; doch ist bei einigermaßen größerer Ausbreitung, besonders auf die Scheide, nur die Ausschabung berechtigt. Bei Adnexeiterungen kommt die vaginale Operation nur für septische Beckenabszesse als präliminarer Eingriff in Frage; die Laparotomie entfernt später die entzündliche Geschwulst.

Sorel (Dijon): Hystérectomie abdominale totale et hystérectomie abdominale subtotale.

Es ist unlogisch, bei Hysterektomien die Portio stehen zu lassen; entweder bleibt der meist vorhandene Katarrh bestehen, und oft genug muß sie später entfernt werden, oder sie degeneriert bösartig. Andererseits ist es vorzügliche Drainage durch die Scheide, die wir bei Beckeneiterungen nach völliger Entfernung des Uterus besitzen. Tiefe Blutung vermeidet man, indem man sich bei Ablösung der Scheide dicht an den Uterus hält. Für gefährlich hält S. die Verschorfung des Cervixstumpfes mit dem Paquelin.

Richelot (Paris): Sur un procédé pour guérir l'anus vaginal.

Um die Gefahren der Dupuytren'schen Klammer zu umgehen, klemmt R. den Sporn mit zwei Kocher'schen Pinzetten ab, exzidiert das Dreieck und vernäht die Schnittflächen; im vorliegenden Falle von Anus vaginalis nach Hysterektomie hat er breit die Scheidenwand abgelöst und über dem Darme vernäht. Pat. behielt ein nicht weiter störendes Fistelchen.

Diskussion: Pozzi (Paris) fragt, ob sich nicht zweizeitiges Operieren empfohlen hätte — Liegenlassen der Klemmen und nachträgliches Verschließen.

Cerné (Rouen) meint auch, daß die Klemmen genügt haben würden.

Le Dentu (Paris) hat vor einigen Jahren erfolgreich einen Fall von Anus vaginalis mit Dupuytren's Enterotom behandelt. Er hält das Instrument für gefahrlos, wenngleich schmerzhaft.

Richelot würde in jedem Falle wieder nähen und die Dauerklemmen vermeiden.

Pozzi bedient sich der Kocher'schen Pinzette statt des Enterotoms.

Boursier (Bordeaux): Sur un cas de kyste tubo-ovarien.

Die Mitteilung bestätigt im allgemeinen das bisher Bekannte bezüglich Symptomatologie, Anatomie und Pathogenese; die Cyste geht aus der Verschmelzung von Hydrosalpinx und entzündlicher Ovarialcyste hervor.

Lejars (Paris): Grossesses tubaires récidivantes.

L. verfügt über drei Beobachtungen wiederholter Tubenschwangerschaft und schätzt die Häufigkeit auf 4—5% der Fälle. Man untersuche daher jedesmal, wenn eine Tubenschwangerschaft zu operieren ist, den Zustand der anderseitigen Adnexe und entferne sie lieber, wenn sie verändert sind.

Diskussion: Bégouin (Bordeaux) sah eine Pat. an Verblutung sterben, wo er bei der ersten Operation wegen Tubenruptur sich von der Gesundheit des anderen Eileiters überzeugt hatte.

Bégouin: De l'allure clinique maligne de certains fibromes de l'ovaire.

Eierstocksfibrome können trotz anatomisch gutartiger Struktur klinisch bösartige Erscheinungen zeitigen: Ödeme, Abmagerung, pleurale Exsudate usw. Man lasse sich durch den Allgemeinzustand nicht von der Operation abhalten.

Pozzi (Paris) hat ganz das gleiche bei manchen Papillomen der Ovarien gesehen. Die begleitende Peritonitis erzeugt die Kachexie. Die Operation bedeutet eine wahre Wiederbelebung für die Kranken.

Gliedmaßen.

Reverdin (Genf): Lymphangiome kystique de l'aisselle.

Schmerzlose, dünnwandige, allseitig verwachsene Geschwulst, die nach Sturz vom Zweirad entstanden und nicht völlig zu entfernen war. Ob sie mit einer bereits seit der Kindheit an gleicher Stelle beobachteten haselnußgroßen Geschwulst in genetischem Zusammenhange steht, ist nicht aus der Mitteilung ersichtlich.

Morestin (Paris): Palmure cicatricielle thoraco-brachiale.

Der Brustansatz der Schwimmhaut wurde V-förmig ausgeschnitten, die Wundränder weithin abgehoben und dann vernäht. Schnelle Heilung.

Ménard (Berck-sur-mer): Tuberculose benigne des grandes articulations.

M. verlangt für die Behandlung der Gelenktuberkulosen im Anfangsstadium Ruhigstellung für 1—2 Jahre. Dabei kommen event. Injektionen in Verwendung. 10—12 Monate genügen jedoch nicht zur Erzielung von Dauerheilungen mit guter Funktion.

Froelich et Weiss (Nancy): Contribution à la pathogenie du genu valgum des adolescents et de quelques autres lésions dites des adolescents.

Vortr. konnten viermal bei Osteotomien wegen Genu valgum aus den entfernten Knochenstückchen den Staphylokokkus albus züchten und nehmen daher

statt der nicht bewiesenen Spätrachitis abgeschwächte osteomyelitisähnliche Infektionen für manche Genu valgum-Formen des Jünglingsalters an. Den gleichen Befund erhoben sie dreimal bei Coxa vara, bei Tarsalgie, Hallux varus, unguis incarn. und multiplen Exostosen. Es dürften sich also manche Fälle auch dieser Krankheiten als abgeschwächte Staphylokokkeninfektion deuten lassen.

Moulonguet (Amiens): Résultats de l'ostéotomie des os de la jambe et des fémurs dans le genu valgum rachitique.

Multiple Osteotomien vermögen bei starken rachitischen Verkrümmungen recht gute Resultate zu ergeben, so z. B. bei einem Mädchen, deren Absätze bei geschlossenen Knien 35 cm abstanden, wobei der rechte Fuß rechtwinklig nach außen wies.

Willems (Gand): Étiologie et prophylaxie de la claudication après la coxalgie.

Nicht die Verkürzung des kranken Beines und die Ankylose sind es, welche das starke Hinken bedingen — diese werden durch Skoliose ausgeglichen —, sondern die falsche Stellung des Oberschenkels, besonders in Außenrotation. Darum kommt weniger forcierte Extension als die Erhaltung günstiger Stellung in Frage. Die hohen Stelzschuhe sollten in Wegfall kommen.

Calot (Berck-sur-mer): Le traitement de la luxation congénitale de la hanche avec un seul appareil en trois à quatre mois.

C. macht die Einrenkung bei möglichst jugendlichem Alter, im 2., 3. Jahre; sie ist leicht, auch ohne Narkose möglich, die Knochenveränderungen sind gering, und oft genügt ein Verband von 3—4 Monaten zu einer vorzüglichen Heilung.

Diskussion: Redard (Paris) steht auf demselben Standpunkt; auch er hat schon ohne Chloroform eingerenkt; im allgemeinen immobilisiert er nicht so lange.

Nové-Josserand (Lyon) hält auch das Alter von 2—3 Jahren für das günstigste für unblutige Einrenkung; er läßt jedoch zur Vermeidung der Reluxationen die Verbände 7—8 Monate.

Meucière (Reims) möchte die Worte Calot's einfach dahin modifiziert wissen, er sei in günstigen Fällen nach unblutiger Einrenkung bei kleinen Kindern mit einem Verbande ausgekommen. Eine Regel sei nicht daraus zu machen.

Meucière: Technique de mon lévier pour faciliter la reduction non sanglante et extemporonée de la luxation congénitale de la hanche.

Der Hebel wird bei gebeugtem Oberschenkel angelegt zur Entspannung der Muskeln und soll vor allem den Kapselwiderstand überwinden. Wo die manuelle Reposition versagt, kann er noch erfolgreich verwendet werden.

Diskussion: Redard hält die Anwendung von Hebeln für unnötig; er hat selten Mißerfolge gehabt.

Meucière glaubt wohl, daß man auch ohne Hebel auskommen könne, dieser jedoch erleichtert die Aufgabe und ermöglicht die Einrenkung auch bei 13- und 14jährigen.

Dujon (Moulins): Inversion congénitale double de la voûte plantaire.

Sie besteht in Verrenkung des Tarsus nach abwärts und hat wohl ihren Grund in der frühzeitigen Ossifikation des Os cub. und cuneif. III, während die rück- und vorwärts gelegenen Skeletteile von Tarsus und Metatarsus noch nicht verknöchert sind.

Demonstration von Instrumenten.

Gautier: Geflochtener Silberdraht für versenkte Nähte und Silberkanüle für suprapubische Blasenfistel.

Brunswic de Bihan: Amputations- und Resektionsmesser mit schweren Heften.

Lambotte: Klemmpinzetten zum Versenken.

Monprofit: Operationstisch und Beckenstütze mit abnehmbarer Platte.

Reverdin: Großes Kupferbecken mit Beckenstütze in der Mitte, deren Rand mit Gummikranz gepolstert ist.

Delangre: Apparat für Paraffininjektionen und Klemmpinzetten für gewisse Operationen im Gesicht.

Gourdet: 1) Filière aus drei winklig gestellten graduierten Metallstreifen, welche auch das Messen nicht zylindrischer Körper gestattet.

2) Instrument zum Auseinanderhalten (Desenclaveur) der Wunde bei Prostatektomie mit einer Vorrichtung zum Auswechseln gegen einen Konduktor für die Harnröhre.

3) Aseptischer Uteruskatheter.

4) Satz von Spekulis usw. mit konischem Einsatz.

5) Skarifikator für Schröpfköpfe.

6) Spezialwundhaken für Tarsektomie.

7) Klemmen mit schräggestelltem T-Maul zum Verschließen des Muttermundes bei abdominaler Uterusexstirpation.

8) Zangenähnlicher Kopfhalter für Operationen an Schädel und Gesicht.

9) Kräftiger Apparat, um bei blutiger Reposition die Fragmente in der Richtung ihrer Achse zu verschieben.

10) Saugpumpe mit Pedal zur Aspiration von Blut- und anderen Ergüssen der Bauchhöhle.

Christel (Metz).

---

14) F. Lašek. Beitrag zur Skopolamin-Morphiumnarkose.

(Časopis lékařů českých 1905. p. 31.)

L. injizierte bei 16 Pat. im Alter von 17—68 Jahren eine frisch zubereitete Lösung von Skopolaminum hydrobromicum (Merck) und Morphium auf zweimal subkutan; die Gesamtmenge betrug 10 dmg Skopolamin und 25 cg Morphin. Die Dose mußte nach 1—1½ Stunden wiederholt werden. Nur in zwei Fällen (Plastik nach Thiersch bei Beingeschwür und Exzision eines Lippenkarzinoms) kam der Autor mit dieser Narkose aus; sonst mußte er noch Chloroform inhalieren lassen, von dem allerdings eine kleine Menge zur Erzielung einer tiefen Narkose genügte. Ein anderer Mangel der Skopolamin-Morphiumnarkose war ein unregelmäßiger Atmungstypus nach Art des Cheyne-Stokes'schen Atmens, der in einem Falle tödlich endete:

41jährige Dienstmagd mit Struma colloides. Nach Injektion der ersten Hälfte der Mischung wurde Pat. im Verlauf einer Stunde cyanotisch. Nach dem Verschwinden der Cyanose wurde bei beschleunigtem, aber gutem Pulse die andere Hälfte injiziert. Nach Beginn der Operation mußte man Chloroform inhalieren lassen. Plötzlich wurde die Kranke blaß, dann cyanotisch, und es stellte sich Cheyne-Stokes'sches Atmen ein, bis Apnoe eintrat. Bei der Obduktion fand man außer Hyperämie der Organe dunkelflüssiges Blut im Herzen, in den Sinusen und Gehirnhäuten, mäßiges Aortenatherom und kleine Knötchen an der Mitralis.

Die Skopolamin-Morphiumnarkose bedeutet eine Rückkehr zu dem Stande zur Zeit vor der Inhalationsnarkose. Der Autor stellt sie auf eine Stufe mit der Morphium-, Atropin-, Narcein-, Kokain-Chloroformnarkose und erklärt sie für gefährlich.

G. Mühlstein (Prag).

15) B. Rys. Tod nach Skopolamin-Morphiumnarkose.

(Časopis lékařů českých 1905. p. 493.)

Ein 15jähriger, großer, mittelkräftiger Jüngling mit Lymphomen der einen Halsseite bekam subkutan eine halbe Pravazspritze folgender Lösung: Morphium 0,25, Skopolaminum hydrochloricum 0,01, Aqua 10,00. Nach einer Weile schlief er ein, da er aber noch reagierte, bekam er nach einer Stunde noch eine halbe Spritze derselben Lösung. Da Pat. bei der Exstirpation unruhig war, bekam er 5 g Chloroform, worauf eine tiefe Narkose eintrat. Die Operation dauerte eine Stunde; während und nach derselben zeigten sich keine bedrohlichen Symptome. Ohne daß der Kranke erwacht wäre, traten nach 12 Stunden in den Extremitäten

tonische Krämpfe auf; Temperatur 40,9° C; nach weiteren 5 Stunden wurde der Puls schwach und häufig, die Atmung unregelmäßig; trotz Injektion von Moschustinktur und physiologischer Kochsalzlösung starb Pat. 21 Stunden nach der ersten Injektion. Bei der Sektion fanden sich außer einer starken Mydriasis eine Endokarditis und adhäsive Pleuritis. Der Autor spricht sich auf Grund dieses Todesfalles und seiner übrigen unangenehmen Erfahrungen in ungünstigem Sinne über die Skopolamin-Morphiumnarkose aus. **G. Mühlstein** (Prag).

16) **F. Zahradnický.** Über die Skopolamin-Morphiumnarkose.
(Revue o neurologii etc. 1904. p. 417.)

Z. benutzte die Skopolamin-Morphiumnarkose in 232 Fällen bei Personen im Alter zwischen 9 und 60 Jahren. Er ging nach der Methode von Korff vor, nur injizierte er nur zweimal — $1^1/_2$ und $^1/_2$ Stunde vor der Operation. Nur in 100 Fällen wurde eine vollständige Anästhesie erzielt, in 132 Fällen mußte mit Inhalationsmethoden nachgeholfen werden. Die Narkose hat den Vorteil, daß der Narkotiseur entfällt und daß die üblen Zustände nach den Inhalationsnarkosen fehlen. Aber sie hat große Nachteile: 1) den späten Eintritt der Unempfindlichkeit, wodurch diese Narkose bei dringenden Operationen außer Betracht kommt; 2) ihre Unverläßlichkeit; jede Nachhilfe mit Äther oder Chloroform bringt selbst bei kleinen Mengen ernste Gefahren mit sich; 3) ist die Narkose an und für sich gefährlich, selbst in geringen Dosen. Der Autor verzeichnet unter seinen Fällen einen Todesfall, der trotz der kleinen Dose der Narkose selbst zur Last fällt. Der Fall betraf einen 41jährigen Mann mit einem faustgroßen Kropf, der wegen raschen Wachstums und Atembeschwerden zur Operation gelangte. Injiziert wurden 0,02 g Morphin und 0,01 Skopolamin auf zweimal. Die Narkose war ziemlich gut, nur die Atmung schwer; nach 3 Minuten trat Asphyxie auf, die den Tod zur Folge hatte. Bei der Sektion fand sich parenchymatöse Degeneration des Herzens, der Leber und der Niere. **G. Mühlstein** (Prag).

17) **K. Teuner.** Über die Äthernarkose.
(Časopis lékařů českých 1905. p. 111.)

T. verwendet bei Pat. jeden Alters zur Narkose ausschließlich chemisch reinen, neutralen, wasserfreien Äther von Merck (ohne jedes andere Narkotikum) und führte mit demselben binnen 5 Jahren 1020 Narkosen aus, ohne einen Todesfall zu erleben. Von üblen Zufällen kamen vor: zwei Asphyxien, eine maniakalische Psychose, sechs Pneumonien und eine Anzahl unbedeutender Bronchitiden; in allen diesen Fällen trat vollständige Restitution ein. Der Äther wird mittels der Maske von Wagner-Longard aufgetropft, die durchschnittliche Verbrauchsmenge beträgt 1,65 g in der Minute. Während der Narkose konstatierte T.: anfängliche Zunahme der Puls- und Atmungsfrequenz, die nach 24 Stunden — bei Bauchoperationen etwas später — zur Norm zurückkehrt; Sinken der Temperatur um durchschnittlich 0,8° C, bei hoch fiebernden Kranken auch um 4°; Zunahme der Leukocyten in 72% der Fälle, Abnahme derselben in 8%; in 20% blieb ihre Zahl unverändert; Erbrechen und Salivation waren stets geringfügig; häufig stellte sich Zittern und ein Erythem ein. **G. Mühlstein** (Prag).

18) **Noehte.** Ein Fall von Gehirnerschütterung.
(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1905. Hft. 2.)

Die Gehirnerschütterung infolge eines Sturzes auf den Kopf rief zunächst mehrtägige Bewußtlosigkeit hervor; dann traten, nachdem das Bewußtsein wieder vorhanden war, folgende Störungen in die Erscheinung: Störungen der Bewegungstätigkeit, Störungen des Geruchs- und Geschmacksvermögens, Einengung des Gesichtsfeldes, Vergeßlicheit für Namen, Trübung der Merkfähigkeit für selbsterlebte Ereignisse, Trübung der optischen Erinnerungsbilder, gutmütiges, etwas kindisches Benehmen. Verf. führt diese Störungen, die erst nach relativ langer Zeit schwanden, auf die lange Dauer der Bewußtlosigkeit und eine Schädigung der Hirnrinde in der Umgebung der Zentralfurche zurück. **Herhold** (Altona).

19) **Nicoll.** Case of hydrocephalus in which peritoneo-meningeal drainage has been carried out.
(Glasgow med. journ. 1905. März.)

N. empfiehlt bei Hydrocephalus externus folgendes Verfahren: Resektion zweier Lendenwirbelbogen und eines Proc. transversus, Eröffnung der Peritonealhöhle von hier aus, und Verbindung derselben mit den Meningen durch ein resorbierbares oder in einer späteren Operation zu entfernendes Glasdrain; oder man zieht einen Netzzipfel hervor und befestigt ihn an den Meningen, wie N. das in dem vorgestellten Falle getan hat. N. erhofft von diesem Verfahren ein dauerndes Abfließen des Liquor cerebrospinalis in die Bauchhöhle, wo er resorbiert wird. Der Erfolg ist noch nicht gesichert. **W. v. Brunn** (Rostock).

20) **Grosse et Theuveny.** Deux observations de spina bifida.
(Revue d'orthopédie 1905. Nr. 1.)

Im ersten Falle handelte es sich um eine Schwanzgeschwulst, die mit ihrem Inhalt offenbar früher mit dem Rückenmarke kommuniziert, sich vollkommen isoliert hatte und nun mit dünnem Stiel außen anhing, nebst darunter gelegener Spina bifida occulta; im zweiten Fall um eine Spina bifida, wo sich nach der Operation ein Hydrocephalus und vollkommener Vorfall des Beckenbodens und des gelähmten Afters, welche beutelförmig herunterhingen, entwickelte.
Herm. Frank (Berlin).

21) **Kirmisson.** Nouvel exemple de spina bifida latent chez une fillette de cinq ans et demi. Examen radiographique.
(Revue d'orthopédie 1905. Nr. 1.)

Aus dem Röntgenbild ergibt sich die große Knochenlücke, in welcher die ganze linke Hälfte des Kreuzbeines fehlt oder kaum zur Entwicklung gekommen ist. Man fühlte den Rand des Os ilium und darüber eine umfangreiche, schwappige Geschwulst, über welcher die Haut angiomatös verändert war. Außer der Atrophie des linken Beines noch ein siebenzehiger Varus. **Herm. Frank** (Berlin).

22) **M. Sträter.** Een Geval van Peritonitis door Perforatie van een Meckel's Divertikel.
(Nederl. Tijdschr. 1905. Nr. 9.)

Ein 21jähriges Mädchen kam mit dem Zeichen einer diffusen Peritonitis ins Krankenhaus. Die Diagnose wurde auf eine Perforationsperitonitis nach Appendicitis gestellt. Bei der Operation zeigte sich eine Perforation des Meckel'schen Divertikels. Die Perforationsstelle wurde mit Nähten geschlossen, Drainage der Bauchhöhle, Heilung. **E. H. van Lier** (Amsterdam).

23) **Paton.** Perforated enteric ulcer in a child of 7 — operated twenty-three hours later — pneumonia — recovery.
(Glasgow med. journ. 1905. März.)

Die hirsekorngroße Perforation war unmittelbar nach dem Einnehmen von Rizinusöl erfolgt. Bei der Operation bestand bereits allgemeine Peritonitis; in der Bauchhöhle war viel Darminhalt. Die Perforation befand sich im untersten Teile des Ileum, war wohl durch Ulzeration eines Solitärfollikels entstanden. Therapeutisch wurde Darmnaht, Spülung und Drainage angewendet. 2 Tage nach der Operation setzte die Peristaltik wieder ein, bis dahin wurde das Kind rektal ernährt; auch wurde dies noch weitere 8 Tage fortgesetzt. Trotz der am 11. Tage nach dem Eingriff einsetzenden kruppösen Pneumonie kam das Kind durch.

Für eine Diagnose auf Typhus fehlten die nötigen Anhaltspunkte. Der Fall ist wegen der Jugend der Pat. bemerkenswert. **W. v. Brunn** (Rostock).

24) **Barth.** Über unsere Fortschritte in der Beurteilung und Behandlung der eitrigen Perforationsperitonitis.
(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 10.)

B. hat in den letzten 2 Jahren elf Fälle von Ileus im akuten Stadium der Peritonitis mit Enterostomie behandelt und sieben Kranke durchgebracht. Vier Kranke starben septisch, nachdem in drei Fällen das Erbrechen nach der Enterostomie tagelang aufgehört und der Darm sich wieder durchgängig gezeigt hatte. Im vierten Falle war der Erfolg ein vorübergehender. Es gelang B., einen Kranken zu retten, bei dem drei Enterostomien gemacht wurden. Bei einem gelähmten Darm ist ein Erfolg nicht zu erwarten. Ob bei einem kontraktionsfähigen Darme der Erfolg der Enterostomie ein vollständiger ist, darüber entscheidet vor allem die alle 12 Stunden vorzunehmende Magenausheberung (Darminhalt!); ev. muß noch eine zweite, auch eine dritte Eröffnung des Darmes vorgenommen werden. Der Eingriff gestaltet sich dadurch zu einem einfachen, daß nach Annähung einer beliebigen geblähten Darmschlinge diese mit einem dünnen Trokar punktiert wird, dessen Kanüle liegen bleibt und mit einem Gummischlauche zur Ableitung armiert wird. Die kleine Darmwunde pflegt sich später von selbst zu schließen.

Borchard (Posen).

25) **L. T. Driessen.** Een Geval van Appendicitis in Graviditate ten gevolge van Carcinoma appendicis.
(Nederl. Tijdschr. 1905. Nr. 9.)

D. teilt einen Fall mit von Appendicitis mit Parametritis bei einer Schwangeren. Weil die Zeit für Frühoperation schon vorbei war, wurde der Wurmfortsatz später à froid exstirpiert. Er war 7 ccm lang, von fester Konsistenz, mit einer Obliteration in der Mitte.

Von dieser Stelle wurden Schnitte gemacht und mikroskopisch ein alveoläres Karzinom nachgewiesen. **E. H. van Lier** (Amsterdam).

26) **F. Zahradnický.** Bericht über 604 Hernienoperationen.
(Časopis lékařů českých 1904.)

Die vom Autor im Bezirkskrankenhause zu Deutschbrod operierten 604 Hernien (462 frei, 142 eingeklemmt) verteilen sich folgendermaßen: 348 auf Männer, 93 auf Weiber, 151 auf Knaben (unter 15 Jahren) und 12 auf Mädchen. Leistenbrüche einseitig 360 (213 rechts, 147 links), doppelseitig 136, Schenkelbrüche 77 (46 rechts, 31 links), Nabelbrüche 23, Bauchbrüche 5, epigastrische 3. Nach dem Alter entfielen auf die Zeit bis zum 15. Lebensjahre 165, zwischen 15—20 Jahren 43, zwischen 21—30 Jahren 121, zwischen 31—40 Jahren 75, zwischen 41—50 Jahren 83, zwischen 51—60 Jahren 68, zwischen 61—70 Jahren 34, über 70 Jahre 5.

Operationsresultate: von 462 Pat. mit freien Hernien starben 2 infolge von Pneumonie ex ingestis, und zwar ein 45jähriger Mann mit einem Scrotalbruch und ein 5monatiges Kind mit einem Nabelbruche. Bei der Revision von 97 Brüchen bei 85 Pat. wurden 3 Rezidive gefunden. — Von 142 mit eingeklemmten Brüchen (80 inguinal, 61 crural, 1 umbilical) starben 14, davon 2 an den Folgen der Taxis, 1 infolge der Spontanreposition, 3 an Pneumonie, 3 an Darmparalyse, 4 an diffuser Peritonitis und 1 infolge von Aspiration. Von 30 Pat. mit brandigen Brüchen starben nach seroseröser Naht (4 Fälle) 0, nach Resektion der Wand (1 Fall) 0, nach primärer zirkulärer Resektion (16 Fälle) 4, nach Anlegung eines Kunstafters (5 Fälle) 5, nach Enteroanastomose (2 Fälle) 0. — In ätiologischer Beziehung ist bemerkenswert, daß 146 Leisten-, 8 Schenkel- und 2 Bauchbrüche auf Traumen zurückgeführt werden, und zwar mit wenigen Ausnahmen durchwegs von Kranken, die keine Ansprüche auf Entschädigung erhoben. — Der äußerst gründlichen und fleißigen Arbeit sind zahlreiche Tabellen, Abbildungen und sämtliche Krankengeschichten beigegeben. **G. Mühlstein** (Prag).

27) G. Ekehorn. 624 Radikaloperationen für Bruch.

(Nord. med. Arkiv Bd. XXXVII. III. Folge. Bd. IV. Abt. I. Nr. 8. [Deutsch.])

Als erste Abteilung einer chirurgischen Statistik aus dem Länslasarett von Sundsvall liegt Verf.s oben genannte Arbeit vor. Es ist nicht die Absicht, ausführlich über Brüche im allgemeinen hier zu handeln, Verf. will nur einen Krankenhausbericht erstatten. Und da er als Primararzt an einem der größeren Krankenhäuser Schwedens tätig ist, trägt die Arbeit vorwiegend das persönliche Gepräge eines vielbeschäftigten Chirurgen.

Zuerst beschreibt Verf. einige mehr oder weniger seltene und interessante Komplikationen:

1) Blinddarm und Wurmfortsatz sind in eine größere Retentionscyste (Appendicitis cystica) umgewandelt und bilden den Inhalt eines rechtsseitigen irreponiblen Leistenbruches.

2) Blinddarm und Wurmfortsatz bilden den Bruchinhalt eines linksseitigen Leistenbruches.

3) Einklemmung eines Meckel'schen Divertikels in einem rechtsseitigen Schenkelbruche.

4) Volvulus als Komplikation eines großen Leistenbruches.

5) Hernia interstitialis, 1 Fall.

6) Cystokele, 2 Fälle.

7) Hernia ovarii, 1 Fall.

8) Hydrocele muliebris (Diverticuli Nuckii), 2 Fälle.

9) Besondere andere Komplikationen — Hydrokele, Epididymitis tuberculosa, Kryptorchismus usw. — werden nur der Vollständigkeit halber erwähnt.

Hinsichtlich der Mortalität reduziert sich diese bis auf 0,16% (1 Todesfall auf 608 Operierte). Die übrigen Todesfälle konnten nicht der Operation als Ursache zugerechnet werden.

Heilungsverlauf: Keine Drainage mehr seit 5 Jahren. Nähte am 7. Tag entfernt. Nach 14 Tagen hat Pat. das Bett in der Regel verlassen.

Bezüglich der statistischen Angaben in den einzelnen Abteilungen der Arbeit müssen diese im Originale gelesen werden, da sie sich nicht für ein kurzes Referat eignen. Die Überschriften sind: Leistenbrüche bei Männern, Resultat mit Rücksicht auf Rezidiv bei Radikaloperationen von Leistenbrüchen bei Männern (Tabelle), Alter des Bruches (Tabelle), Leistenbrüche bei Frauen, Schenkelbrüche, brandige Brüche, Nabelbrüche, Brüche in der Linea alba.

Zuletzt gibt Verf. eines der Formulare wieder, die bei den Krankengeschichten für Brüche angewendet worden sind, deren Ausfüllung auf dem gewöhnlichen Spezialjournal am Krankenbette von dem Assistenten gemacht wird.

Hansson (Cimbrishamn).

28) Archambault. Congenital atresia in upper third of small intestine etc.

(Albany med. annals 1904. Nr. 7.)

Das 3 Tage alte Kind hatte seit der Geburt keine Stuhlentleerung und erbrach andauernd. Afteröffnung normal, bei der Rektaluntersuchung wird kein Hindernis gefunden, daher Versuch, eine rechtsseitige inguinale Kolostomie anzulegen. Jedoch wurde nach Eröffnung der Bauchhöhle an der Stelle des Blinddarmes nur ein Konvolut geschrumpfter Darmschlingen und oberhalb geblähte Dünndarmschlingen gefunden; Enterostomie an einer solchen Schlinge, Entleerung von einem Liter Mekonium, Tod 8 Stunden später. Sektionsbefund: Der ganze Dickdarm und der größere Teil des Dünndarmes rudimentär entwickelt, in einen bleistiftdicken Strang verwandelt, welcher sich vom After bis ungefähr zum mittleren Teil des Jejunums erstreckte; oberhalb war der Darm normal entwickelt, zwischen beiden Teilen bestand keine Verbindung, sie waren vollkommen voneinander getrennt.

Einen ganz ähnlichen Fall beschrieb Mercadé (Ann. de chir. et d'orthopédie 1903 März). **Mohr** (Bielefeld).

29) **Wallace.** A series of cases of intussusception in childhood.
(Annals of surgery 1905. Nr. 3.)

Verf. berichtet über 20 an Kindern wegen ›Darmeinstülpung vorgenommene Operationen. Von den 20 Fällen waren 10 ileocoecale, 5 ileo-colic-colic, 4 enterico-ileocoecale, 1 colic. 10 waren einfache und 9 doppelte Intussusceptionen. W. schlägt vor, die Bezeichnung der Darmeinstülpungen zu vereinfachen und alle Dick- und Dünndarm zugleich betreffenden Intussusceptionen nur als Enterocolica zu bezeichnen unter Hinzufügen, ob sie einfach oder doppelt sind. Verdauungsstörungen wurden als Ursache nicht häufig angetroffen, sie scheinen keine große Rolle bei dem Zustandekommen der Darmeinstülpungen zu spielen. Als Behandlung kommt nach W. nur die Laparotomie in Frage, Lufteinblasungen sind zu verwerfen. Von den 20 Operierten endeten nur 4 tödlich = 20%.

Herhold (Altona).

30) **Leclerk et Beutter.** Un cas d'embolie de l'artère mésentérique supérieure.
(Soc. méd. des hôp. de Lyon 1904. Dezember 13.)

Bei dem 42jährigen Kranken mit den klassischen Symptomen einer Asystolie trat plötzlich Bluterbrechen, Pulsschwäche, schmerzhafte gleichmäßige Auftreibung des Bauches, subnormale Temperatur und 20 Stunden nach Beginn der Erscheinungen der Tod ein. Sektionsbefund: Blutiges Serum in der Bauchhöhle, beginnende fibrinös-eitrige Peritonitis, Darmschlingen im ganzen Gebiete der Art. mesenterica superior auffallend hortensiarot verfärbt, aufsteigendes Kolon und letztes Ende des Ileums livide und cyanotisch verfärbt. In der Art. mesenterica superior ein Thrombus, welcher etwa 3 cm von ihrem Ursprung entfernt beginnt und sich bis in die Endverzweigungen fortsetzt. Darmschlingen mit schwärzlicher, blutiger Flüssigkeit gefüllt. Es bestehen deutliche ältere Veränderungen an der Mitralis.

Von acht mit der Diagnose Ileus operierten Pat. mit Embolie der Mesenterialarterien starben fünf; ob in den drei geheilten Fällen tatsächlich eine Embolie vorlag, ist zweifelhaft. Die theoretisch richtige Operation bestände in der Resektion des befallenen Darmteiles; dieser ist jedoch oft zu ausgedehnt und die Widerstandskraft fast immer zu gering, als daß Aussicht auf Erfolg vorhanden wäre.

Mohr (Bielefeld).

Berichtigung zur Bemerkung des Herrn Dr. Brenner über mein Uretenkystoskop.

In Nr. 15. des Zentralblattes für Chirurgie p. 422 gibt Herr Dr. Brenner an, daß bei seinem früher konstruierten Ureterenkystoskop der Ureterenkatheter, ebenso wie bei meinem Instrumente, »auf der der Konvexität des Schnabels entsprechenden Seite des Schaftes heraustritt.«

Diese Angabe ist insofern nicht richtig, als bei Brenner's Ureterenkystoskop der Katheter nicht wie bei meinem Ureterenkystoskop aus dem Schafte, also vor der Konvexität des Schnabelwinkels, sondern aus dem Schnabel unmittelbar hinter der Konvexität des Schnabelwinkels, heraustritt.

Berlin, den 16. Mai 1905.

Dr. A. Freudenberg.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 23. Sonnabend, den 10. Juni. 1905.

(Aus der chirurgischen Abteilung des Neuen Krankenhauses zu Kalk-Köln.)

Zur Blasennaht nach der Sectio alta.

Von

Oberarzt Dr. C. **Hofmann.**

In Nr. 43 der Münchener med. Wochenschrift 1902 habe ich in einem Artikel »Zur Frage der Blasennaht nach Sectio alta« eine systematische Vorbehandlung der Blase vor der Operation empfohlen. Zweck dieser Vorbehandlung, welche in absoluter, event. mehrere Wochen durchgeführter Bettruhe, innerer Darreichung von Antisepticis, hydropathischen Umschlägen, Blasenspülungen usw. bestehen sollte, war die Erreichung eines normalen Urins und die möglichste Beseitigung aller sekundären entzündlichen Veränderungen, wie sie im Gefolge von Blasensteinen und sonstigen Blasenerkrankungen aufzutreten pflegen. Es liegt auf der Hand, daß eine nach der Sectio alta bei

bestehender hochgradiger Cystitis, entzündlichen Schleimhaut- und Blasenwandveränderungen ausgeführte Blasennaht schon durch den infektiösen Zustand des Operationsgebietes wenig Aussicht auf Erfolg haben kann. Daran ändert auch die feinste und technisch vollkommenste Blasennaht nichts. Andererseits wird jede Blasennaht den Erfolg von vornherein schon mehr oder minder für sich haben, die unter möglichst aseptischen Verhältnissen bezüglich des Organes selber ausgeführt werden kann.

Unsere zwischenzeitlichen Erfahrungen haben dies auch vollkommen bestätigt und uns die Möglichkeit an die Hand gegeben, noch einen Schritt weiter zu gehen. Damals habe ich von der traditionellen Tamponade des prävesikalen Raumes und dem Dauerkatheter noch nicht absehen zu können geglaubt. Beide, besonders auch der Dauerkatheter für die ersten Tage wenigstens, erschienen unentbehrlich.

Fragt man sich zunächst nach dem Vorteil, den die Tamponade des prävesikalen Raumes bei ausgeführter Blasennaht gewährt, so wird er hauptsächlich in der Sicherung vor einer eventuellen Urininfiltration gefunden. Man vergißt nur dabei, daß die Blasennaht einige Tage wenigstens rein mechanisch wasserdicht schließt, wenn sie gut ausgeführt ist, und daß für diese Zeit also diese Sicherstellung vor der Urininfiltration gar nicht nötig ist. Ja die weitere Überlegung zeigt, daß in diesen Tagen, besonders wenn man die Blase mit einigen Nähten an die Bauchdecke fixiert und so den prävesikalen Raum mehr oder weniger ausschaltet, eine Vereinigung und Verwachsung der äußeren Schicht der Blasenwand mit der Bauchdeckenfascie eintreten muß. Diese Verlötung innerhalb der Wunde kann aber der Blasennaht während der nun folgenden kritischen Tage (etwa 3. bis 6. Tag) nur von Vorteil sein. Die geschlossene Narbe über der Blasennaht dient ihr sicher als beste Stütze. Ähnliche Verhältnisse haben wir ja am Magen und Darm, wenn auch durch das fehlende Peritoneum die Verklebungsverhältnisse bei der Blase nicht ganz so günstig sind. Legen wir z. B. am Magen oder Darm zu irgendeinem Zweck eine Fistel (etwa eine Ernährungsfistel) an, so wird die zuerst wasserdichte Fistel nach etwa einer Woche undicht, sobald wir sie nicht durch eine Fixierung an die Bauchdecken mittels Naht stützen. Fixieren wir aber das Eingeweide am parietalen Peritoneum und schließen die Bauchdecken, so tritt nie eine Undichtigkeit ein, wie dies ja hinlänglich bekannt ist.

Die Verhältnisse bei der Blasennaht liegen wenigstens ähnlich: der erfolgreiche Versuch hat diese Tatsache auch praktisch bestätigt. Ich habe glatte Heilungen erzielt und bisher keine Urininfiltration gesehen. Angenommen, es würde trotzdem gelegentlich einmal eine Urininfiltration auftreten, dann werden sicherlich schon beim Durchtreten der ersten Urintropfen heftige Schmerzen auftreten, die alsdann die Eröffnung der Wunde und nachträgliche Tamponade des prävesikalen Raumes im Gefolge haben müssen. Die Situation ist dann aber sicher nicht schlechter wie bei der primären Tamponade.

Die einzige Vorbedingung für das ganze Verfahren ist und bleibt die Herstellung eines möglichst normalen Blasenurins vor der Operation, also die sorgfältige Ausführung der eingangs erwähnten Vorbehandlung. Im letzten Jahre habe ich an Stelle des Salols und Helmitols zu diesem Zwecke ein neues Nieren-Blasenantiseptikum, das sich Vesipyrin[1] nennt, mit bestem Erfolg in Anwendung gebracht. Das Vesipyrin hat den großen Vorzug, daß es nie reizend auf die Nieren wirkt, weil die zwar, wie beim Salol, gebildete Karbolsäure durch gleichzeitig entstehende Essigsäure wieder unschädlich gemacht wird. Es tritt nach Vesipyringebrauch niemals Karbolharn auf. Seine antiseptische Wirkung verdankt das Vesipyrin der im Darm aus dem Präparat gebildeten Salizylsäure, die ins Blut übertritt, sich sehr bald im Harn nachweisen läßt und stundenlang darin nachweisbar bleibt. Der Erfolg bei bestehender Cystitis ist meist ein sehr schneller und überraschend guter. Nach meinen Erfahrungen kann das Vesipyrin wegen seiner vorzüglichen Eigenschaften heute wohl als das beste interne Blasenantiseptikum gelten, zumal es auch wegen seiner Ungefährlichkeit den Nieren gegenüber unbeschränkt angewandt werden kann.

Auch während der Nachbehandlung empfiehlt es sich, geringe Vesipyrindosen — meist genügen beim Erwachsenen 2,0 pro die — weiter zu geben. Der Dauerkatheter bleibt, wie schon erwähnt, weg. Daß spontane Urinentleerung bald nach der Operation möglich ist, kommt nicht selten vor. Immerhin muß man in der ersten Zeit mindestens zweimal täglich katheterisieren, da schon die Fixation der Blase an die Bauchdecken eine gewisse Menge Residualharn bedingt, auch wenn spontan uriniert werden kann. An häufigeres Urinieren sind die Pat. mit Blasenerkrankungen, Fremdkörpern, Blasensteinen usw. übrigens in der Regel von ihrer früheren Cystitis her gewöhnt.

Bezüglich des Dauerkatheters möchte ich nur noch bemerken, daß seine Anwesenheit in der an und für sich schon sehr reizbaren Blase keineswegs günstig auf die Heilung der Naht wirken kann. Ich glaube, daß demgegenüber selbst ein häufigerer Katheterismus, der freilich mehr Zeit und Sorgfalt als der Dauerkatheter erfordert, günstiger und gerade mit Rücksicht auf die Naht vorzuziehen ist.

---

[1] Vesipyrin ist von dem Chemiker Dr. Lüders, Charlottenburg, dargestellt und kann durch die Drogenhandlung von Schöller & Schmitz in Bonn bezogen werden. Es wird in Dosen von 1,0—4,0 täglich in Pulver- oder Tablettenform verabreicht; der Preis ist kein hoher.

1) O. Schultze. Weiteres zur Entwicklung der peripheren Nerven mit Berücksichtigung der Regenerationsfrage nach Nervenverletzungen.

(Verhandlungen der physikalisch-medizinischen Gesellschaft zu Würzburg. N. F. Bd. XXXVII. Nr. 7. Würzburg 1905.)

Verf. wendet sich gegen die Neuronenlehre, speziell gegen das Waller'sche Gesetz vom »nutritorischen« Zentrum und gegen die His'sche Theorie der frei auslaufenden und frei endigenden Nerven. In Übereinstimmung mit älteren und neuen Forschern — es seien nur Schwann, Kölliker, Kupffer, Billroth, Bethe, Dohrn genannt — hat Schultze bei seinen onkologischen Studien an Amphibienlarven gefunden, daß der periphere Nerv an Ort und Stelle aus primär angelegten Neuroblasten entsteht, daß er durch Zellteilung eben dort in Länge und Dicke wächst, und daß die peripheren Nerven nicht mit freien Enden endigen, sondern sich in ein feines Endnetz auflösen, das aus einem kontinuierlichen, embryonalen Neuroblastennetz hervorgeht.

Hiermit stimmen auch die neueren pathologischen Befunde bei der Nervenregeneration überein. Diese geschieht nicht durch Widerauswachsen der zentralen Nervenenden in die zugrunde gegangenen peripheren Faserzüge, die so nur als Leitbahnen dienen. Der autogenetisch aus eigenen Bildungszellen peripher entstandene periphere Nerv regeneriert durch Proliferation dieser Zellen, deren Kerne die sogenannten Schwann'schen Kerne sind. Also autogen und isogen wie das Epithel, der Muskel, die Drüse usw. wächst und regeneriert der periphere Nerv.

Deshalb ist die Waldeyer'sche Neuronenlehre nicht mehr haltbar. »Die periphere Nervenfaser ist kein Zellfortsatz mit aufgelagerten Scheidenzellen, sondern ein Syncytium mit zahlreichen eigenen trophischen und regenerationsfähigen Zentren.« Ein Defekt in diesem syncytialen Zellkomplex wird sowohl von der zentralen, als auch von der peripheren Seite her nach vorübergehender partieller zentraler und peripherer Degeneration auszufüllen versucht. Gelingt die Wiedervereinigung nicht, so stirbt der periphere Teil ab, »weil er den für sein Leben notwendigen vom Zentrum kommenden oder zum Zentrum gehenden Reiz, weil er seine Funktion verloren hat«.

Müller (Dresden).

---

2) R. Milner. Die sog. Stauungsblutungen infolge Überdruckes im Rumpf und dessen verschiedene Ursachen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI. p. 85.)

3) Derselbe. Nachtrag zu dieser Arbeit.

(Ibid. p. 585.)

Der Hauptzweck der Arbeit, welche, aus der Berliner Charité (Prof. Hildebrand) hervorgegangen, an mehrere dort beobachtete einschlägige Fälle anknüpft, ist es, eine allen Anforderungen genügende

ätiologisch-physiologische Erklärung für das Zustandekommen des eigentümlichen und in neuer Zeit wiederholt beschriebenen Symptomenbildes, Gedunsenheit, dunkle Färbung von Kopf und Hals mit Suffusion der Lider usw., zu geben. Die bisherigen Erklärungsversuche glaubten mit der Annahme einer einfachen Drucksteigerung in den beteiligten Venengebieten lediglich durch Rumpfkompression im wesentlichen auskommen zu können. M. erklärt es für kaum denkbar, daß nur eine Venenstauung die Erscheinungen bewirken könne, vielmehr müsse man eine Rückschleuderung von Venenblut unter starkem Überdruck in das klappenlose und daher einer rückläufigen Blutbewegung freie Wurzelgebiet der Vena cava superior annehmen. Für Zustandekommen einer solchen vehementen Venenblutrückschleuderung ist starke Rumpfkompression nicht die einzig mögliche Veranlassung. Da nach starkem Erbrechen, epileptischen Anfällen, Keuchhusten, ferner bei Strangulierten und bei Quetschungen im Menschengedränge auch die sog. Stauungsblutungen vorkommen, erhellt, daß auch ohne Rumpfkompression dergleichen Venenblutrückschleuderungen möglich sind. Da aber bei allen solchen Gelegenheiten die Staungsblutungen nicht regelmäßig zustande kommen, ist noch nach einem anderweitigen, bald zutretenden, bald ausbleibenden Momente für Ausbildung der »Blutungen« zu suchen, und dieses findet M. in einer reflektorischen Inspiration mit nachfolgender Glottisschließung und Anspannung der Bauchdecken, wie solche ja regelmäßig Erbrechen, Husten- und epileptische Anfälle und starke körperliche Anstrengungen begleiten. Erst durch Spannung der voll inspirierten Lungen bei geschlossener Glottis und Kompression der Bauchorgane durch die Bauchpresse wird das Venenblut, das nach unten zu strömen durch die Klappen der Beinvenen gehindert ist, gezwungen, als einzige Ausflucht den Weg in das Gebiet der Cava superior zu nehmen. In eingehender Weise sucht M. diese Theorie zu begründen. Übrigens kommen, wie er ausführt, auch Abwehrbewegungen der Eingeklemmten, arterielle Fluxionen und Kohlensäureintoxikationen in Betracht. Die Einzelnheiten des sehr plausiblen Räsonnements mögen im Originale gesucht werden, das auch anderweitige wichtige Begleiterscheinungen der Stauungsblutungen, die seltenen Störungen im Gehirn, am Seh- und Gehörorgane erörtert und ferner hervorhebt, daß die mehr oder weniger lange Zeit hinterbleibende dunkelblaue Färbung der befallenen Teile zum großen Teil auf venöser Stase infolge Überdehnung der elastischen Venen und Kapillaren (nicht auf Bluterguß) beruht.

Der Nachtrag zur Arbeit bringt einen schweren, tödlich geendigten Fall, dessen Sektionsbefund M.'s Ansichten gut stützt. Denn es fand sich dabei, daß im Kehlkopf oberhalb der Stimmbänder die Schleimhaut mit dunkelblauen Sugillationen und helleren Petechien dicht besäet war, während sich unterhalb derselben nur spärliche kleine Petechien fanden. Offenbar hat also hier entsprechend M.'s Theorie der stark gesteigerte Luftdruck unterhalb der als geschlossen

vorauszusetzenden Glottis die Schleimhaut gegen Überfüllung durch das peripherwärts gepreßte Venenblut geschützt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

4) **E. F. Bashford.** The growth of cancer.

(Lancet 1905. April 1.)

Ein Vortrag Verf.s, des Direktors des Laboratoriums des Imperial cancer research funds, vor der Med. society of London. Die interessanten Ausführungen weisen zunächst darauf hin, daß man nicht mit Theorien, sondern nur auf Grund exakter Forschungen den Schwierigkeiten der Krebsfrage entgegentreten kann. Alle Theorien fallen vornehmlich vor dem Problem, warum der Krebs hauptsächlich im Alter auftritt, eine Tatsache, die sich durch das ganze Tierreich zeigt. Das Karzinom zeigt sich in großer Mehrheit beim Menschen nach 45—50 Jahren, beim Pferde nach 9 Jahren, bei Hund und Katze nach 9 Jahren, bei der Forelle nach 5—7 Jahren, bei der Maus nach 2 Jahren usw. Das Auftreten in dem jeweiligen Alter steht in direktem Verhältnis zu dem möglichen Alter des Tieres überhaupt. Die Schwierigkeiten der Forschung liegen zum größten Teil in der Schwierigkeit der Beobachtung, wie Krebs entsteht und wächst; ist das »Wie« gefunden, so ist man auch dem »Warum« näher. Auf den ersten Punkt sind also die Augen zunächst gerichtet. Unter günstigen experimentellen Verhältnissen ist das Wachstum des Krebses unbeschränkt. Artifiziell verbreitet entfaltet der Krebs alle Charakteristika des Wachstums der sporadischen Geschwülste. Das Wachstum des künstlich überimpften Krebses beruht auf der fortwährenden Proliferation der Parenchymzellen; diese ursprünglich von Jensen aufgestellte Behauptung vermochte Verf. an vier Fällen zu bestätigen. Das künstlich produzierte Parenchym benutzt die Reaktion des Wirtes zum Zwecke seiner eigenen Bedürfnisse. Künstlich übertragene Geschwülste verursachen in dem neuen Organismus keine Symptome; die Differenzierung geht genau nur in einer Richtung, sogar noch 3½ Jahre nach der Trennung von dem ursprünglichen Wirte. Die Zahl der Chromosomen der gesunden Gewebe ist im Prinzip beibehalten, ungeachtet der zeitweise auftretenden Reduktion der Zahl zur Hälfte. Der Augenschein läßt zu der Annahme neigen, daß das Wachstum des Krebses nicht gleichmäßig stattfindet und event. zeitweise fast zum Stehen kommen kann.

Diese Untersuchungen des Imperial cancer research funds erheben den Vorteil der frühzeitigen chirurgischen Behandlung des Krebses nach Verf. auf die experimentelle Basis, die bislang noch ausstand: künstlich überimpfte Geschwülste rufen Metastasen, wie die sporadischen Geschwülste überhaupt hervor; genügend frühzeitige Entfernung der lokal transplantierten Geschwülste entfernt die Möglichkeit der Metastasen. Die Versuche der Modifizierung des Wachstums überimpfter Karzinome, die Verf. anstellte, haben zu einem brauchbaren Resultat bislang nicht geführt.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

5) **J. Deyl.** Über das Karzinom des Augenapparates.

(Casopis lékařů českých 1905. p. 151.)

Das Karzinom entsteht mit Vorliebe an jenen Stellen, wo sich Papillen befinden und wo viele ernährende Gefäße, sei es anatomisch oder pathologisch, gehäuft sind. Zu seiner Entstehung bedarf es anfangs keiner entzündlichen Dilatation und Vermehrung der Gefäße diese treten erst sekundär hinzu und begünstigen das Wachstum des Neugebildes. Alles, was eine Hyperämie bedingt (mechanische, chemische, thermische Reize) beschleunigt die Wucherung; deshalb sollen (z. B. bei der Therapie des Lidkarzinoms) alle Eingriffe vermieden werden, welche eine Hyperämie und die Bildung neuer Gefäße begünstigen. — Die Wucherung geht in Form kleiner, vereinzelter Herde vom Epithel der Haarbälge aus, und zwar gleichzeitig von mehreren Zentren, also multizentral, sehr selten vom Epithel der Conjunctiva, der Hautdrüsen, Tränendrüsen und des Tränensackes aus. — Die beste Therapie ist die Exzision mit Außerachtlassung der klassischen plastischen Methoden; die Behandlung mit Röntgenstrahlen ist derzeit nicht zu empfehlen.

G. Mühlstein (Prag).

6) **W. S. Handley.** The dissemination of mammary carcinome.

(Lancet 1905. April 8, 15 u. 22.)

Die groß angelegte, mit zahlreichen histologischen Abbildungen ausgestatete Arbeit aus dem Middlesex Hospital ergibt auf Grund der pathologisch-anatomischen und klinischen Beobachtungen Verf.s folgende praktische Schlüsse: Wenn der Brustkrebs die Grenze der Brustdrüse überschreitet, so verbreitet er sich zunächst in der tiefen Fascie. Diese sollte daher nach der Exstirpation von Brust- und Axillardrüsen ausgiebig entfernt werden. Um die »epigastrische Invasion« — der Verf. größere Aufmerksamkeit als bisher anderwärts geschehen ist, zuwendet —, möglichst zu verhüten, wird empfohlen, die gewöhnliche Inzision nach abwärts ca. 2 Zoll über die Linea alba zu verlängern. Die Lappen sollen dann unterminiert und die Fascie bis zu einer 2 Zoll unter dem Processus ensiformis liegenden Horizontalen, oder noch tiefer herab, exstirpiert werden. Haut und Muskeln brauchen nicht ebensoweit entfernt zu werden; denn hier ist die Ausbreitung der Geschwulst nach Verf. ein sekundärer Prozeß. Je mehr in der letzten Zeit der ausgiebigeren Exstirpationen der Brustkrebse die thorakalen Rezidive abgenommen haben, desto mehr stehen die abdominellen jetzt im Vordergrunde. Durch Hinweis auf die Gefahr der epigastrischen Invasion in präzisierter Weise soll die Arbeit, wie Verf. am Schluß meint, eine weitere beachtenswerte Reduktion in der Brustkrebsmortalität herbeiführen.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

7) M. Juliusburg. Gefrierbehandlung bei Hautkrankheiten.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 10.)

J. hat sich zur Gefrierung der Kohlensäure bedient und empfiehlt sie wegen ihrer Billigkeit gegenüber der sonst üblichen Äthyl-Methyl-Chloridmischung. Günstige Erfolge erzielte er bei Aknefällen und oberflächlichen sykotischen Prozessen, ganz vorzügliche Erfolge beim Lupus erythematodes. Dagegen traten beim Lupus vulgaris und bei der Psoriasis eher Verschlechterungen ein. Beim Ulcus cruris bewirkte öfteres Gefrieren Reinigung und schnelle Epithelisierung. Bei Röntgennekrotisierungen wurde keine günstige Beeinflussung konstatiert.

Während sich bei alleiniger Gefrierbehandlung keine Dauerresultate zu ergeben scheinen, wurden bei der Kombination der Gefriermethode mit der von Dreuw angegebenen nachfolgenden Ätzung mit Acid. hydrochlor. crudum Erfolge erzielt, welche auf Dauerheilungen hoffen lassen: Primäraffekte epithelisierten schon nach einmaliger Behandlung schnell zu. Beingeschwüre wurden sehr günstig beeinflußt, ebenso Sykosis non parasitaria. Psoriasisfälle zeigten dagegen Verschlechterung. Das eigentliche Feld für die Dreuw'sche Methode sind die tuberkulösen Hautkrankheiten aller Art.

Bei der Gefrierbehandlung handelt es sich hauptsächlich um eine zerstörende oder ätzende Wirkung, die bei der einfachen Gefrierung in einer oberflächlichen, bei der Gefrierung und nachherigen Ätzung in einer tiefer wirkenden Nekrotisierung des Gewebes besteht. Ob die starke seröse Transsudation und Leukocytose einen Einfluß auf die Krankheitsprozesse hat, will Verf. nicht entscheiden.

Die Einwirkung der Kohlensäure betrug 30—60 Sekunden. Bei oberflächlichen Hautaffektionen genügten, in 3—4 Wochen vorgenommen, drei Sitzungen.

Langemak (Erfurt).

---

8) H. Sutter. Beitrag zu der Frage von den primären Muskelangiomen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI. p. 368.)

S. bringt aus dem Spital in Chaux-de-Fonds (de Quervain) fünf neue operativ behandelte einschlägige Fälle bei, die genau beobachtet, insbesondere aber gründlich am gewonnenen Präparate histologisch studiert sind, schließt hieran eine tabellarische Übersicht über sämtliche sonst schon publizierte Beobachtungen, um endlich eine Allgemeinbesprechung der Erkrankung mit besonderer Berücksichtigung der Histo-Pathologie zu geben.

Die Diagnose des Leidens ist recht schwer, da die meisten Muskelangiome nicht komprimierbar und oft von Thromben und Phlebolithen erfüllt sind. Die Prognose hat mit der Möglichkeit von Rezidiven zu rechnen, derentwegen stets in sicher gesundem Gewebe zu exzidieren ist. In einem Falle war eine Unterschenkelamputation nicht zu umgehen. Der Struktur nach sind ebenso wie bei den Hautangiomen kavernöse und teleangiektatische Geschwulstformen zu unterscheiden.

je nachdem größere Gefäßstämmchen oder lediglich Kapillaren Wucherung und Erweiterung erfahren. Die kavernösen Formen sind häufiger als die teleangiektatischen; von ersteren sind 26, von letzteren 6 bekannt. Eine erhebliche Mitbeteiligung des interstitiellen Bindegewebes zeigen 17 Fälle. Sehr wichtig ist der histologische Nachweis von Hyperplasie der glatten Gefäßmuskulatur. Man findet sie in den verschiedensten Stadien als konzentrische Hypertrophie an kleinen Venen, als exzentrische Wucherung der Gefäßmediae, schließlich als echte Geschwulstmassen. Mit dem Wachstum der Geschwulstmassen geht Degeneration und Zerstörung der quergestreiften Muskelfasern Hand in Hand, die schließlich zu schwinden scheinen und an deren Stelle Fettgewebe in die Lücke tritt. S. sieht also die Fettentwicklung bei den Muskelangiomen nicht als einen selbständigen pathologischen Vorgang an. Größere dünnwandige Bluthohlräume möchte S. durch Stauung in Kapillaren erklären, die von Verlegung letzterer durch die Geschwülste herrühren.

Die histologische Beschreibung der eigenen Präparate S.'s ist durch sechs an Umriß und Färbung exakt ausgeführte Abbildungen sehr gut veranschaulicht. Literaturverzeichnis von 16 Nummern ist beigefügt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

9) R. Bergh. Symbola ad morphographiam membri virilis cum tabulis tribus.

(Nord. med. Arkiv Bd. XXXVII. III. Folge. Bd. IV. Abt. I. Nr. 5. [Deutsch.])

»Eine so reiche Gelegenheit zur Untersuchung der Formverhältnisse der äußeren männlichen Geschlechtsteile bei einer größeren Anzahl von Individuen wie ein viel beschäftigter Venerologe hat kein Anatom«. So beginnt Verf., der ein viel beschäftigter Venerologe in Kopenhagen ist, sein Opusculum, in welchem der Interessierte eine reiche Fülle anatomischer Varianten finden wird. Drei Untersuchungsreihen von bezw. 482, 500 und 1868 Individuen liegen den in minutiöseste Einzelheiten gehenden Beschreibungen zugrunde. Für ein kurzes Referat eignet sich die Arbeit nicht, sie muß im Original gelesen werden.

Hansson (Cimbrishamn).

---

10) B. Seelhorst. Radikale Heilung von Narbenstrikturen der Urethra mittels der elektrolytischen Nadel.

(Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. XVI. Hft. 2.)

Den Chirurgen interessiert mehr der zweite Teil der vorliegenden Arbeit, in welchem Verf. berichtet, daß die guten Erfolge, welche er mit der elektrolytischen Nadel bei harten Narbenstrikturen der Harnröhre erzielte, ihm die Veranlassung gaben, mit dieser Methode auch die hypertrophische Prostata von der Harnröhre aus zur Verkleinerung oder Schrumpfung zu bringen. Gegenüber der von früheren Autoren ausgeführten Elektrolyse oder Elektropunktur der Prostata rühmt Verf. die Technik seiner Methode, die darin besteht, daß er den

größten Tubus des Oberlaender'schen Urethroskopes bis in die Blase einführt, den Tubus darauf zurückzieht, bis sich die Vorderfläche der Prostata einstellt und nun mit einem durch den After eingeführten Finger das Ende des Tubus tastet. Jetzt wird durch den Tubus die Nadel des negativen Pols 2—3—4 cm tief eingestochen und die große, gut angefeuchtete Platte des positiven Pols auf den Bauchdecken oder dem Oberschenkel angelegt. Hieraus leitet man einen galvanischen Strom von 4, 6 oder 8 Milliampère während 3—4 Minuten hindurch und wiederholt dies in einer Sitzung an verschiedenen Stellen. Vor dem Herausziehen der Nadel wird der Strom unterbrochen.

Grunert (Dresden).

---

11) **Pohlman.** A note on the developmental relations of the kidney and ureter in human embryos.

(Johns Hopkins hospital bull. 1905. Februar.)

12) Derselbe. Abnormalities in the form of the kidney and ureter dependent on the development of the renal bud.

(Ibid.)

13) **Hill.** On the first appearence of the renal artery, and the relative development of the kidneys and Wolffian bodies in pig embryos.

(Ibid.)

Drei Arbeiten von hohem wissenschaftlichem Interesse, zum Teil durch vorzügliche Abbildungen erläutert.

Auf sie näher hier einzugehen, ist nicht möglich, sie müssen im Original gelesen werden.

W. v. Brunn (Rostock).

---

14) **W. Hirt** (Breslau). Die Diagnose der Hämaturie.

(Wiener klin. Rundschau 1904. Nr. 31 u. 32.)

Verf. bringt in klarer, mit vielen eigenen praktischen Erfahrungen bereicherter Darstellung ein Bild der Hämaturie, das uns mit allen diagnostisch wichtigen Einzelheiten vertraut macht. Wenn auch wesentlich neue Gesichtspunkte nicht gegeben werden, so ist doch die Lektüre des Aufsatzes sehr lehrreich und empfehlenswert. Auf Grund neuerer Anschauungen und der immer weiter ausgestalteten diagnostischen Technik, besonders der Cystoskopie, tritt heutzutage doch manche ältere Methode in den Hintergrund und ist in ihrer Wertschätzung gesunken, während die Cystoskopie, und mit ihr besonders der Harnleiterkatheterismus eigentlich meist das entscheidende Wort spricht. Hübsch ist besonders H.'s Darstellung von der Cystoskopie während der Hämaturie mit Hilfe des Spülcystoskops.

Trotz sorgfältiger spezialistisch ausgebildeter diagnostischer Technik bleiben immer noch einige Fälle übrig, bei denen die Probefreilegung der Blasenschleimhaut bezw. der Niere erst endgültig zur Diagnose führen.

Schmieden (Bonn).

---

15) **M. Zondek.** Zur Chirurgie der Ureteren.
Berlin, August Hirschwald, 1905.

Die Arbeit schließt sich an die Monographie desselben Verf.s »Über die Topographie der Niere und ihre Bedeutung für die Nierenchirurgie« an und behandelt die Chirurgie des Harnleiters in anatomischer, physiologischer und chirurgischer Hinsicht.

Man unterscheidet am menschlichen Harnleiter eine Pars abdominalis (vom Nierenbecken bis zur Kreuzungsstelle der Vasa iliaca) und eine Pars pelvina (bis zur Einmündung in die Blase). Beide Teile weisen physiologisch Erweiterungen und Verengerungen auf. Die näheren Ausführungen hierüber, vor allem auch die vergleichend anatomischen Auslassungen sind im Original nachzulesen.

Die Länge des Harnleiters schwankt nach den Untersuchungen des Verf. zwischen 21 und 23 cm. Seine außerordentliche Dehnbarkeit macht die Erklärung für das Entstehen der Wanderniere, nach welcher bei Vorfall des Uterus usw. durch den Harnleiter ein Zug an der Niere ausgeübt werde, im höchsten Grade unwahrscheinlich. Im übrigen ist die Länge des Harnleiters von der Lage der Niere abhängig. Angeboren verlagerte Nieren, welche sehr tief gelegen sind, haben im allgemeinen einen sehr kurzen Harnleiter. Virchow hat offenbar ausschließlich diese kongenital heterogenen Nieren als Wandernieren gelten lassen, da es sich nicht anders erklären läßt, wenn in den Sektionsberichten der Berliner Charité von 1859—1866 nur fünf und von 1870—1879 nur vier Fälle von Wanderniere registriert werden. Danach ließe sich nur durch eine — mit dem Harnleiterkatheter zu messende — beträchtliche Verkürzung des Harnleiters die exakte Diagnose auf Wanderniere der betreffenden Seite stellen.

Die normale Ureterlichtung wechselt zwischen $^1/_2$—$^3/_4$ cm und 2 mm. Die ampullenartigen Erweiterungen über den physiologisch engen Stellen sind die Lieblingsstellen für die Lagerung der Harnleitersteine. Die Unmöglichkeit des Harnleiterkatheterismus ist bisweilen nur durch die physiologischen Engen des Harnleiters bedingt, so daß man also aus dem nicht gelungenen Katheterismus nicht immer auf eine pathologische Veränderung schließen darf.

Der Harnleiter läßt sich bei Frauen leicht tasten, indem man bei bimanueller Untersuchung den tuschierenden Finger von der Portio an von oben medial nach unten und lateralwärts gleiten läßt. Hierbei wird nach Ansicht des Verf. ein charakteristischer Druckschmerz ausgelöst.

Für die Funktion des Harnleiters kommt nicht die absolute, sondern die relative Größe seiner Lichtung in Betracht. Pathologische Veränderungen, die seine Funktion hemmen, haben sekundäre Störungen in dem zentral gelegenen Teile des Harnleiters, dem Nierenbecken und der Niere zur Folge. Der allmähliche Eintritt der zur Stenosierung führenden Verengerung dürfte weniger gefährlich sein, als der plötzliche Verschluß des Harnleiters, wie auch die Exstirpation einer im Verlaufe längerer Zeit zur Destruktion gekommenen Niere weniger

zu befürchten gibt, als die Entfernung eines größtenteils normal funktionierenden Organes, wobei die erhöhte funktionelle Inanspruchnahme der restierenden Niere nicht allmählich, sondern plötzlich erfolgt.

Die Funktionsstörungen bei pathologisch verändertem Harnleiter sind abhängig von dem Grade seiner Verengerung, von ihrer Lokalisation und von ihrem zeitlich ersten Auftreten.

Die Topographie des Harnleiters ist von der Lage der Niere und derjenigen der Blase abhängig. Vergrößerung der Niere (Hydronephrose, Pyonephrose, Geschwülste) führt zu Lageabweichung des Harnleiters. Die Ausführungen über die Entstehung der Hydronephrose, die Funktion des Harnleiters bei Hydronephrose, Operation derselben usw. sind im Originale nachzulesen. Des weiteren werden Lageabweichungen des Harnleiters bedingt durch Geschwülste im Bauch und im kleinen Becken und bieten hier besonders häufig Gelegenheit zu Verletzungen des Harnleiters bei Operationen.

Duplizität des Nierenbeckens und Harnleiters wurde von Bostroem in 3%, von Poirier in 4% seiner Fälle gefunden. Diese Anomalie ist entwicklungsgeschichtlich so zu erklären, daß die physiologische Teilung des Harnleiters in den oberen und unteren Calyx major in einem zu frühen Stadium erfolgt ist. Sie hat praktisches chirurgisches Interesse. Ist nämlich der zu einem Harnleiter und Becken gehörige Nierenteil derart erkrankt, daß seine Exstirpation geboten ist, so fordert Verf. die Resektion nur dieses erkrankten Teiles und die Erhaltung des gesunden Teiles dieser Niere für den Organismus. Das Vorkommen einer Solitärniere mit doppeltem Harnleiter zeigt, daß der cystoskopische Nachweis zweier gesonderter Harnleiteröffnungen, auch wenn sich aus ihnen Harn entleert, noch keineswegs für das Vorhandensein zweier gesonderter Nieren beweisend ist.

Anomalien der Insertion des Harnleiters in die Blase oder auch in die Harnröhre bedingen entsprechende klinische Symptome.

Die sehr interessanten Ausführungen sind durch 17 Abbildungen im Text erläutert.

Graupert (Dresden).

---

16) **G. v. Illyés.** Über den therapeutischen Ureterkatheterismus.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI. p. 33.)

An der Hand von sieben beweisenden Fällen aus der Budapester Klinik von Dollinger legt I. dar, daß mittels des Harnleiterkatheterismus, dessen Nutzen zunächst meist nur der Diagnostik zugute kommt, häufig auch sehr beachtenswerte therapeutische Leistungen zu erzielen sind. Es gelingt mit dem Harnleiterkatheter stagnierende eingedickte Sekretmassen aus dem Nierenbecken und den oberen Abschnitten des Harnleiters, die sonst nicht in die Blase abfließen können, bequem zu entleeren, auch Spülungen des Nierenbeckens vorzunehmen, wodurch bestehendes Fieber behoben, Allgemeinbefinden und Appetit gebessert, unter Umständen auch sonst wohl angezeigte Operationen

vermieden werden können. Man kann den Harnleiterkatheter unter Umständen dauernd liegen lassen und ihn auch nach Ausführung von Nephrotomien anwenden. Seine therapeutische Anwendung ist einfach und gefahrlos, und wenn auch mit ihr naturgemäß häufig nur palliativer Nutzen zu bringen ist, verdient sie doch einen öfteren Gebrauch, als bislang von ihr gemacht ist. Bezüglich Details der Krankengeschichten wird auf das Original verwiesen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

17) **P. Fiori.** Experimentelle Nierenpathologie. II. Ligatur des Ureters und seine Resultate.

(Clinica chirurgica 1904. Nr. 9 u. 10.)

Verf. hat 120 Experimente an Kaninchen, Hunden, Schafen und Meerschweinchen gemacht. Er studierte die Veränderungen der Niere nach Untersuchung des Harnleiters, und zwar insonderheit die Physiopathologie nach diesem Eingriff. Nach einer genauen Beschreibung seiner Beobachtungen zieht er folgende Schlüsse:

1) Die Hydronephrose kann sich leichter wiederholen in den Fällen von ungenügender Entwicklung des peripheren Kreislaufes der Niere, und sie kann fehlen, wenn der Kreislauf selbst sich sehr deutlich nach dem ersten Auftreten entwickelt.

2) In den Fällen, in welchen die Niere sich nicht vergrößert oder sogar kleiner wird nach der Ligatur, kann man nicht immer eine frühzeitige Atrophie des Organes annehmen, weil dasselbe wieder fähig werden kann, zu funktionieren, wenn der Ureter von neuem durchgängig gemacht ist.

3) Die Nierensekretion ist von Anfang an stark verändert, speziell in dem Sinne, daß die Harnstoffproduktion vermindert ist, ebenso wie die Extraktivstoffe, vor allem die Phosphate.

4) In den vorgeschrittenen Hydronephrosen kann man das Fortbestehen der glomerulären Funktion fast in den normalen Grenzen beobachten, während die epitheliale stark verändert und unterdrückt ist.

5) Die konservative Behandlung der Wahl bei den aseptischen Hydronephrosen ist aber bestreitbar, gerade wegen der Angaben, welche uns die Erforschung der Nierenfunktion in den alten Hydronephrosen bietet.

6) Der Gefrierpunkt der endorenalen Flüssigkeit nähert sich sehr dem des Blutserums und des defibrinierten Blutes.

7) Die Tiere mit Atresie des einen Ureters zeigen Erscheinungen von Niereninsuffizienz, welche sich vor allem in den ersten Zeitabschnitten charakterisiert. Diese Niereninsuffizienz zeigt sich besonders in starker Abmagerung der Tiere, die bei langsamem Verfall zum Tode führt.

Der Autor hat auch Untersuchungen über das Verhalten der vorgeschrittenen Hydronephrosen nach Unterbindung der Vene gemacht und hat gefunden, daß die Ligatur nicht stark die Zerstörung der parenchymatösen Elemente des Organes beschleunigt.

Langemak (Erfurt).

---

18) **Ali Krogius.** Über die mit dem Nierenbecken kommunizierenden pararenalen Cysten.

(Nord. med. Arkiv Bd. XXXVII. III. Folge. Bd. IV. Abt. I. Nr. 1. [Deutsch.])

Veranlaßt durch einen vom Verf. in seiner Klinik beobachteten Fall obiger Art, dessen genaue Einzelheiten in der mitgeteilten Krankengeschichte ausführlich dargelegt sind, hat sich Verf. die mühsame, aber sehr dankbare Aufgabe gestellt, in der vorliegenden Arbeit das genannte, bisher wenig bekannte und vorher nicht besonders bearbeitete Kapitel der Nierenchirurgie eingehend darzustellen. Nur einige wenige sichere Fälle sind in der medizinischen Literatur zerstreut verzeichnet; Verf. hat sich keine Mühe verdrießen lassen, dieselben zusammenzutragen und kritisch zu beleuchten. — In besonderen Abteilungen behandelt er ausführlich die Ätiologie und Pathogenese, die pathologische Anatomie, den Krankheitsverlauf und die Symptome, die Diagnose und Behandlung dieser sehr seltenen Krankheitsform. (Nur 10 Fälle sind bekannt oder wenigstens so genau beschrieben, daß Verf. sie für seine Zusammenstellung verwerten kann.)

Es soll in diesem Referate nicht näher auf die einzelnen Fragen eingegangen werden. Verf.s Arbeit, die eine wertvolle Bereicherung unserer Kenntnisse der angeborenen Bildungsfehler darstellt, muß von dem für die betreffenden Fragen der Nierenchirurgie sich Interessierenden im Original gelesen werden. **Hanssen** (Cimbrishamn).

---

19) **M. Donati.** Ricerche sperimentali sul valore del trattamento conservativo dell' idronefrosi.

(Giorn. delle R. accad. di med. di Torino 1904. Nr. 11 u. 12.)

D. erzeugte an Hunden und Kaninchen durch Unterbindung des Harnleiters künstliche Hydronephrosen. Es tritt danach im Parenchym der Niere eine Dilatation der Harnkanälchen, Atrophie der Glomeruli, Desquamation und Atrophie der Epithelien ein, bei längerem Bestand eine zunehmende Bindegewebsentwicklung. Die Veränderungen schreiten nicht allemal gleichmäßig schnell fort, auch finden sich normale Partien zwischen den kranken. Wenn man dann durch Anlegung einer Anastomose zwischen Harnleiter und Blase oder einer Harnleiterfistel die Stauung beseitigt, so sinkt der Hydronephrosensack zusammen, schrumpft, die Niere verkleinert sich und kann makroskopisch scheinbar sich erholen. Indessen tatsächlich sind die Veränderungen, welche in ihr Platz gegriffen haben, irreparabel. Dies zeigt sowohl die mikroskopische Untersuchung wie die mangelhafte molekulare Konzentration des von ihr abgeschiedenen Sekretes. Exstirpierte endlich D. nach einer gewissen Zeit die gesunde Niere, so starben die Tiere. Die vorher hydronephrotisch gewesene Niere vermag die plötzlich vermehrte Arbeit nicht mehr zu leisten. Mikroskopisch findet sich ein starker körniger und fettiger Zerfall der Epithelien.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

20) **Teutschländer.** Die Samenblasentuberkulose und ihre Beziehungen zur Tuberkulose der übrigen Urogenitalorgane.

(Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. III. Hft. 3 u. 4.)

Diese Arbeit zeigt von neuem die auffallende Häufigkeit des Vorkommens von Samenblasentuberkulose bei bestehender Urogenitaltuberkulose. Verf. fand sie unter 57 Sektionen derartiger Fälle 31mal; das stimmt ungefähr mit dem Durchschnitt von 8 früheren Statistiken überein, 119 Samenblasenerkrankungen auf 232 Fälle von Urogenitaltuberkulose.

In 91% der Fälle von reiner Genitaltuberkulose waren auch die Samenblasen erkrankt. Nur einmal war die Diagnose schon am Lebenden gestellt worden, in allen anderen Fällen war dieser Befund Autopsieüberraschung.

Das Leiden hat große Neigung zur Spontanheilung; frühzeitig kommt es zu starker Bindegewebsentwicklung um die Samenbläschen herum, die tuberkulösen Massen werden entweder auf natürlichem Wege entleert oder verkalken, die Samenbläschen können zu kleinen knorpelharten Knötchen zusammenschrumpfen. Selten kommt es zum Durchbruch der Kapsel und zur Fistelbildung.

Andere Organe waren unter den 57 Fällen 46mal erkrankt, und zwar 41mal die Lungen, 21mal der Darm, 11mal Knochen und Gelenke, 10mal die Lymphdrüsen.

Von den Harn- und Geschlechtsorganen waren 44mal die Nieren, 35mal die Harnblase, 31mal die Samenblasen, 26mal die Prostata, 24mal Hoden und Nebenhoden erkrankt.

Von den Infektionswegen der Samenblasentuberkulose kommen die »äußeren«, nämlich Katheterismus, Koitus und Beschneidung in praxi wohl kaum in Betracht. Auch die rein hämatogene Entstehung dürfte selten sein; ebenso ist der Infektionsmodus durch Bazillen, die an Ort und Stelle »autochthon« ausgeschieden worden sind, ein umstrittener. Im wesentlichen wird die Erkrankung durch Infektion von einem anderen bereits erkrankten Organ aus erfolgen. Einmal können die Bazillen vom tuberkulösen Hoden herkommen, oder, was in der Tat wohl ebenfalls oft der Fall sein wird, die von der Niere oder sonst irgendwo in den Harnwegen in den Harnstrom abgeschiedenen Bazillen bleiben in der Urethra prostatica, wo ihnen dazu gute Gelegenheit sich bietet, hängen, es kommt hier zur Erkrankung und zur Infektion des Ductus ejaculatorii und der Samenblasen. Auch der Lymphweg kann beschritten werden. **W. v. Brunn** (Rostock).

---

21) **F. Lauschmann.** Zur Therapie der Hydrokele.

(Časopis lékařů českých 1905. p. 134.)

Der Autor empfiehlt folgende Operationsmethode, die sich ihm am besten bewährt hat: Man inzidiert unter Schleich'scher Infiltration den Sack möglichst breit, bis die ganze Innenfläche zugänglich

ist, trocknet diese mit Gaze ab und wischt sie in ihrer ganzen Ausdehnung mittels eines Pinsels sorgfältig mit Jodtinktur, der etwas Alkohol (im Verhältnis 3:1) und Kokain (1%) zugesetzt ist, aus. Die Wunde wird durch Naht geschlossen und dabei die Wand der Tunica mitgefaßt. Der Krankheitsverlauf ist ein schmerzloser. Bei keinem der bisher operierten Fälle trat Rezidiv ein. Wohl kann sich nach der Operation ein wenig freier Flüssigkeit ansammeln, dieselbe verschwindet aber ohne Eingriff. **G. Mühlstein** (Prag).

Kleinere Mitteilungen.

22) Transactions of the american surgical association Bd. XXII. 1904.

Monks. What are the minimum requirements for aseptic surgical operations?

Die Maßregeln, die M. empfiehlt, sind die allgemein bei uns üblichen. Gummihandschuhe bei der Operation hält er für unbedingt nötig.

Ochsner behandelt dasselbe Thema mit ungefähr gleichem Ergebnis. Er betont vor allen Dingen, daß unter gleichbleibenden Verhältnissen pedantisch genau die gleichen Maßregeln getroffen werden sollen.

Harrington berichtet ebenfalls über verschiedene Verfahren der Asepsis. Experimentell hat er nachgewiesen, daß selbst konzentrierte Lösungen von Kali hypermanganicum nur die am wenigsten widerstandsfähigen Bakterien vernichten, wenigstens bei der Anwendung zur Händedesinfektion. Auch andere gebräuchliche Lösungen für Händedesinfektion hat er geprüft und unter ihnen als wirksamste befunden eine Mischung, die 60% Alcohol. absol., 6% Salzsäure und 0,8% Sublimat enthielt.

Graham and Mayo. A clinical review of forty six operated cases of duodenal ulcer.

Die Berichterstatter verfügen mit 46 wohl über die größte Zahl selbst beobachteter Fälle. Ihre Ausführungen über die Diagnose bringen Bekanntes; großen Wert legen sie auf die durch Gasansammlung bedingten Beschwerden; Hyperazidität, Dilatation des Magens, waren sehr häufig. Von Gallensteinkolik unterscheiden sich die Anfälle durch geringere Ausbreitung der Schmerzen. Der Verlauf war bei vielen sehr chronisch, bis zu 21 Jahren bestanden Beschwerden. Redner unterscheiden fünf Gruppen: 1) 4 Fälle mit sehr chronischem Verlaufe, meist als Gallensteine behandelt. 2) 1 Fall mit häufigen kleineren Blutungen. Aus dem Mißverhältnis der starken Blutung, welche zur Operation führte, zu den geringen Magenbeschwerden wurde die richtige Diagnose gestellt. 3) 25 Fälle, 9 davon wiesen getrennte Geschwüre im Magen und Duodenum auf, bei 15 setzte sich das Geschwür auf den Pylorus fort. 4) 8 Fälle mit chronischer Perforation, meistens als Gallenstein gedeutet; bei einem davon waren sie auch außer dem Geschwüre vorhanden. 5) 8 reine Duodenalgeschwüre. Bei 6 bestand motorische Insuffizienz des Magens mit Hyperazidität und Gasauftreibung, welche anfallsweise auftraten.

In chirurgischer Beziehung ist hauptsächlich wichtig die Blutung und die Perforation, welche akut oder chronisch, mit starker Beteiligung der Nachbarschaft sein kann. Bei einigen der chronisch verlaufenden Fälle fanden sich sehr ausgedehnte Peritonealverwachsungen (8 Fälle). Da das Duodenalgeschwür nach den Beobachtungen der Berichterstatter häufiger ist als bisher angenommen, machen sie bei allen zweifelhaften Fällen, bei denen die Diagnose zwischen Gallensteinen, Magen- und Duodenalgeschwür schwankt, einen Längsschnitt durch den rechten Rectus, dem nach Bedarf Querschnitte angefügt werden; stets tasten sie auch bei Gallensteinoperationen das Duodenum nach Möglichkeit ab. Operationen: 1. Gruppe:

4 akute Perforationen, 2 Todesfälle. Bei allen 4 waren es chronische Geschwüre, 3 davon mit Verwachsungen; nur bei einem ein frischer Durchbruch. Bei 2 gelang die Naht leicht. Tod bei einem durch Pneumonie, der andere starb durch Inanition nach Fistelbildung. 2. Gruppe: Blutung, eine Operation und Tod. Chronische Blutung mit wochenlang teerfarbigen Stühlen, welche schwere Anämie bewirkte. Tod an Pneumonie. 3. Gruppe: 25 Fälle von Duodenal- mit gleichzeitigem Magengeschwür. Gastroenterostomie. Der einzige Todesfall wurde durch Abklemmung des Jejunums durch das lang herabhängende, schlaffe Querkolon hervorgerufen. 4. Gruppe: Duodenalgeschwür mit Gallenblasen- und Leberkomplikationen. 8 Fälle mit 5 Gastroenterostomien mit gutem Erfolge, die übrigen plastisch operiert, darunter eine Vereinigung der beiden Duodenumschenkel unter sich, da das durchgebrochene Geschwür mit der Leber verwachsen und das Duodenum spitzwinklig geknickt war. Kein Todesfall. 5. Gruppe: 8 Fälle, kein Todesfall. Bei allen alte Verwachsungen. Gastroenterostomie bei allen mit gutem Erfolge. Die hintere Gastroenterostomie halten Verff. für das beste Verfahren, jedoch sind die Dauererfolge noch abzuwarten.

Diskussion: Andrews (Chicago) hatte 1 Jahr nach Operation eines Duodenalgeschwürs, das als Krebs imponierte, Gelegenheit, bei einer zweiten Operation den Befund zu erheben, daß Verdickung und Verwachsungen geschwunden waren, ebenso Drüsenschwellung.

Johnston. Complete removal of the shaft of the tibia for osteomyelitis, with restoration of bone.

An Röntgenbildern wird die völlige Neubildung der Tibia gezeigt. Operationsverfahren und Nachbehandlung ohne Besonderheit.

Bell. A case of acute pancreatitis associated with gallstones.

43jähriger Arzt, war schon längere Zeit von Magenbeschwerden verschiedenster Art geplagt, bei Hospitalaufnahme ileusartiger Zustand, zugleich mit Sepsis ähnlichen Erscheinungen. Die Darmverlegung hörte auf, der septische Zustand verschlimmerte sich, wegen heftiger Schmerzen über der Nabelgegend, welche Pankreatitis vermuten ließ. Probeschnitt in der Mittellinie. Das Pankreas war geschwollen, Fettnekrosen fanden sich im subperitonealen Fett. Heilung. Später erneute Schmerzanfälle, die auf Gallensteine hinwiesen. Neue Laparotomie zeigte völlige Heilung von Pankreatitis; einen Gallenstein aus der Gallenblase, einen aus der Ampulle entfernt. Völlige Heilung.

Harrington and Gould. A clinical and experimental study upon the use of the segmented ring in gastric and intestinal anastomosis.

Der Ring besteht aus Aluminium, ist aus vier Einzelsegmenten, die an den schmalen Seitenrändern gut ineinander greifen, zusammengesetzt; er hat eine nach der Lichtung zu konvex eingebogene Oberfläche, die somit eine ringsumlaufende Rille bildet. Ein Halter, bestehend aus dünnem Stahl, ist durch ein Loch eines Segmentes von außen durchgesteckt und von der Innenseite her in das gegenüberliegende eingeschraubt. Bei Benutzung wird erst an den Stellen, welche vereinigt werden sollen, vor Eröffnung Tabaksbeutelnaht angelegt, nach der Durchtrennung bezw. Resektion der Ring mit einer Hülse eingeführt und am Halter festgehalten. Die schon vorher gelegte Naht wird zugezogen, dann mit dem anderen Teil ebenso verfahren. Der Handgriff dient dann zum Präsentieren bei der nun erfolgenden fortlaufenden Lembertnaht. Der Stiel ist so dünn, daß nach dem Herausschrauben die Stelle, wo er durch die Naht geht, sich von selbst aneinanderlegt. Nach Resorption der Catgutschnürnaht und Schwinden der eingestülpten Darmränder zerfällt der Ring in seine Teile und geht unschädlich ab. Versuche an Hunden mit genauer mikroskopischer Untersuchung der Nahtstelle sind angeführt. 9mal Anwendung am Menschen.

Diskussion: Ochsner (Chicago) empfiehlt zur Anastomosenbildung die Einlegung eines elastischen Gummifadens nach McGraw.

Brophy. The treatment of congenital cleft palate.

B. empfiehlt, an Stelle der Gaumenlösung die Kiefer zusammenzudrängen und durch Drahtnaht (Plattennaht) zu befestigen vor Anfrischung der Spaltränder. Bei

gleichzeitiger Hasenscharte soll diese erst nach der Gaumennaht korrigiert werden. Die Operation soll sehr frühzeitig, solange die Knochen noch ganz weich sind, vorgenommen werden.

Diskussion: Mears (Philadelphia) führt Gaumenspaltbildung auf Mangel an knochenbildender Substanz bei der Mutter in den Monaten zurück, während deren sich diese Teile zusammenschließen. Er erwähnte Erfahrungen im zoologischen Garten mit Löwen, bei denen es gelang, durch entsprechendes Futter der Mutter die vorher bei jedem Wurf vorhandenen Lücken derart zu beseitigen.

Mears. The evolution of surgery.

Vortrag geschichtlichen Inhaltes.

Dunn. Gastrostomy in oesophageal stricture.

Bei Speiseröhrenstrikturen, die von oben unpassierbar sind, legt D. erst eine Kader'sche Magenfistel an, stellt durch Nahrungszufuhr durch die Fistel den Ösophagus ruhig und verbessert den Allgemeinzustand. Selbst bei sehr enger Striktur geht nach etwa 8 Tagen ein dicker Zwirnsfaden, mit Wasser geschluckt, durch die Striktur, es kann an ihm eine Schlinge einer Angelschnur durchgeführt werden, nachdem der Zwirnsfaden mit stumpfem Haken durch die Fistel vorgeholt ist. An einen Teil der nun vorgezogenen Angelschnurschlinge kommen konische Sonden, der andere Teil sägt bei Auf- und Abbewegen die jeweils engste Stelle der Striktur, gegen die er von der Sonde gepreßt wird, ein. So gelingt es, oft schon in einer Sitzung, erhebliche Erweiterung zu erzielen. (Verfahren von Dunham.) Die guten Erfolge gehen aus drei ausführlichen Krankengeschichten hervor.

Diskussion: Abbe (Neuyork). Ein vor 12 Jahren von ihm ähnlich behandelter Fall ist völlig rückfallfrei geblieben.

Bunts (Cleveland) geht mit Bougies filiformes ohne Gastrostomie vor, ähnlich wie bei Erweiterung von Harnröhrenverengerungen.

Powers. A contribution to the surgery of nerves. The bridging of nerve defects.

Nach eigenen Erfahrungen, wie aus der Literatur konnte P. feststellen, daß Überbrückung eines Nervendefektes mit dem Nervenstück eines Tieres (Hund) nicht zur Wiedervereinigung führt, so daß die Funktion wieder in vollem Umfang auftritt. In einzelnen Fällen trat wieder Sensibilität ganz oder teilweise in vorher gefühllosen Bezirken auf; dies dürfte aber nur durch Anastomosenbildung seine Erklärung finden. In vielen Fällen wirksam war dagegen Lappen- und hauptsächlich Anastomosenbildung.

Diskussion: Willard (Philadelphia). Um die Nervenbrücke vom fremden Tiere wirksam zu gestalten, muß der Nerv vom jungen Tier entnommen werden. Der Nerv ist aber nur gewissermaßen ein Leitungsrohr für die neu sich bildenden Fasern.

Rieford. Final results in secondary sutures of nerves.

1) Naht des N. ulnaris auf dem Handrücken 10 Wochen nach Schnittverletzung. Wiederkehr des größten Teiles der Funktion.

2) Naht des rechten N. radialis am Oberarme nach schwerer Quetschung, 8 Wochen nach Verletzung. Naht nur möglich durch Verkürzung des Humerus. Erst nach 6 Monaten erste Anzeichen der Wiederkehr der Funktion. 4 Jahre später volle Beweglichkeit von Unterarm und Hand in allen vom Radialis versorgten Teilen.

3) Naht des Facialis 1 cm nach seinem Austritt aus dem Knochen. Da die Vereinigung Schwierigkeiten machte, Aufmeißelung des Knochenkanals und Entfernung der Seitenwand, so daß sich der Nerv herausheben ließ. Die ersten Zuckungen ließen sich nach 6 Wochen durch Faradisieren erzielen. Völlige Herstellung der Symmetrie des Gesichtes und unabhängige Beweglichkeit aller vom Facialis versorgten Muskeln der betreffenden Gesichtshälfte. Alle Operierte standen im jugendlichen Alter.

Freeman. Operations for primary carcinoma of the liver.

Allgemeine Übersicht über die Operationsmethoden, namentlich über die Verfahren zur Blutstillung. F. selbst hat bei einem 27jährigen Mann eine über faustgroße Geschwulst (Karzinom) entfernt, die völlig ungestielt im linken Leberlappen saß. Vor dem Einschnitte wurde das Operationsgebiet mit schmalen, zusammengefalteten Mullstreifen, die mit stumpfer Zange durch das Gewebe geführt wurden, abgeschnürt. Die Blutung war gering. 16 Monate nach Operation rezidivfrei.

Diskussion: Keen (Philadelphia) empfiehlt zur unblutigen Operation am meisten den Thermokauter. Geht man langsam mit demselben vor, so kann man die größeren Gefäße rechtzeitig abbinden.

McArthur (Chicago) empfiehlt die Tamponade der Leberwunde mittels eines Mikulicz'schen Sackes.

Mayo. Thyreoidectomy for exophthalmic goitre, based upon 210 operated cases.

Nur solche Kranke, welche genügend kräftigen und regelmäßigen Puls haben, werden operiert. Trifft dies nicht zu, so werden sie zunächst einer Behandlung mit Belladonna unterzogen, die oft nach wenigen Tagen die erwünschten Bedingungen herbeiführt. Auch Röntgenbestrahlung des Kropfes hatte recht gute Erfolge aufzuweisen. Das Operationsverfahren wird genau beschrieben.

Eine lebhafte Diskussion hauptsächlich über die Operationstechnik.

Jonas. Splenomegaly, accessory spleens and splenectomy.

J. entfernte eine mächtig vergrößerte Milz — Gewicht unmittelbar nach Entfernung $7^3/_4$ Pfund — und gleichzeitig vier bis fünf Nebenmilzen, die bis hühnereigroß waren und jede an besonderem Gefäßbündel saßen, welches von den Hauptgefäßen der Milz ausging. Die Operation war nach der Beschreibung leicht, da es sich um keine Malaria- oder leukämische, sondern anscheinend um eine einfach hypertrophische, sonst gesunde Milz handelte. Genauer Blutbefund vor und nach der Operation, sowie mikroskopischer Befund von Milz und Nebenmilzen ist mitgeteilt. Dauerheilung.

Mixter. Resection of upper jaws for osteochondromyxosarcoma with osteoplastic formation of new hard palate.

Die Erkrankung hatte 22 Jahre vor der Operation mit geringer Schwellung unter dem linken Auge begonnen und eine furchtbare Entstellung des Gesichtes herbeigeführt (Bilder). M. entfernte die ganze Geschwulst mit Messer und Zange unter Fortnahme aller Teile zwischen Zunge und Schädelbasis, außer der rechten Nasenhälfte, dem weichen Gaumen und den Augen. Vor der Operation wurde die Tracheotomie und Unterbindung der linken Carotis externa ausgeführt. Die große, noch stark blutende Wundhöhle wurde tamponiert. Trotz schweren Kollapses nach der nicht ganz 10 Minuten dauernden Operation kam der Kranke durch. Später wurde aus geringen Resten der Vorderwand, der Kieferhöhle und weichem Gaumen ein neuer Gaumen gebildet, der deutliche Sprache und Schlucken festerer Speisen ermöglichte. Bedeutende Erholung trat bald ein, und die Entstellung des Gesichtes wurde, teilweise durch eine Binde verdeckt, so gering, daß Pat. sich jetzt seinen Lebensunterhalt verdienen kann.

Diskussion: Keen (Philadelphia). Rezidive nach Oberkiefersarkomen werden seiner Erfahrung nach meist bedingt durch Hineinwachsen einer Geschwulstzunge in die Stirnhöhle von der Nase aus. Er meißelt daher stets diese Höhle auf.

Hearn (Philadelphia) unterbindet stets die Carotis externa vor der Oberkieferresektion und entfernt gleichzeitig die anliegenden Drüsen.

Matas (New-Orleans). Die Carotis externa ist hoch genug über der Teilungsstelle zu unterbinden, um spätere Thrombosen und folgende Hirnembolien zu vermeiden. Er hat zwei Fälle durch solche verloren.

Weeks. Gallstones in the common bile duct.

Nach Besprechung der bekannten Operationsmethoden Mitteilung eines Falles, der mit Choledochotomie und sofortiger Naht der Wunde operiert und geheilt wurde.

Diskussion: Richardson (Boston) weist auf die Gefahr bei unmittelbarer Naht hin und auf die Vorteile der Zerkleinerung des Steines im Ductus choledochus und seiner Weiterbeförderung zum Duodenum.

McGraw. A new operation for intestinal stenosis with especial reference to colonic cancer.

Vor der Operation soll versucht werden, den Sitz der Stenose so genau wie möglich zu lokalisieren. Nach dem Bauchschnitte wird der Darm aus Verwachsungen befreit werden, das Mesenterium wieder genäht. Darauf werden zu- und abführender Schenkel, weit genug von der Geschwulst entfernt, unter Anwendung der elastischen Ligatur zur Anastomosenbildung vereinigt. Die erkrankte Partie wird soweit wie möglich vorgezogen, so daß die Wundränder der Bauchwunde nur gesunden Teilen anliegen, die Bauchwunde wird sorgfältig genäht. Der abführende Schenkel wird unmittelbar unterhalb der Geschwulst abgebunden, dann der Darm distal von der Ligatur durchschnitten, eingestülpt, genäht und in die Bauchwunde versenkt. In das obere, erweiterte Ende wird nach event. Ergänzung der Bauchnaht bis an den Darm und sorgfältiger Verklebung der ersteren mit Kollodiumgaze ein weiter (Ovarialkystom-) Trokar eingestoßen, der Inhalt durch Drainrohr entleert und Dauerdrainage eingerichtet. Diese funktioniert so lange, bis die zwischen die Darmwände gelegte Gumminaht an der Anastomosenstelle durchgeschnitten ist und der Darminhalt durch diese neugebildete Öffnung geht, worauf auch der zuführende Schenkel genäht und versenkt wird. So wird sowohl die Infektion der Bauchhöhle, als eine zweite eingreifende Operation vermieden.

Carson. Excision of the clavicle.

Geschichtlicher Überblick und Anführung einer eigenen Operation wegen Sarkom des Sternalendes bei einem jungen Mädchen, welches später an Metastasen starb.

Abbe. The subtle power of radium.

Erfahrungen über Wirkung des Radiums auf gesunde und pathologische Gewebe aller Art, die mit denen anderer Autoren übereinstimmen.

Ferguson. A case of nephritis treated by decapsulation and nephrotomy.

58jähriger Mann mit vorgeschrittener chronischer Nephritis, Hydropsien, Ascites. Linke Niere stärker erkrankt (Harnleiterkatheterismus). Letztere wurde von einem hinteren Schnitt aus enthülst, gespalten bis ins Becken und vom oberen Pol aus drainiert, Drainage wurde vom 12. Tage ab fortgelassen, und die Wunde schloß sich. Unmittelbar nach der Operation bedeutende subjektive Besserung, die Urinmenge vermehrte sich allmählich bedeutend, Eiweiß und Zylinder verschwanden, die Herztätigkeit wurde innerhalb einer Woche normal. Endresultat vorzüglich. Genaue Urintabellen.

Richardson. On certain rare and unavoidable calamities following surgical operations.

Besprechung unerwarteter Unglücksfälle nach Operationen, z. B. Urinverhaltung, Lungenembolien, Phlebitiden nach Unterleibsoperationen, Nachblutungen, die ganz unerwartet auftreten u. dgl.

Matas. An interdental adjustable metallic splint for the treatment of fracture of the lower jaw.

Die Einrichtung besteht aus einer der Zahnreihe angepaßten Rinne aus Blockzinn, die auswechselbar und leicht durch Biegen dem einzelnen anpaßbar ist. Sie sitzt an einem Metallarme, der etwa 10 cm vor der Mitte der Zahnreihe ein Gelenk hat, welches ihn mit dem unteren Arm verbindet, der zur Anpassung verschieblich an einer Kinnplatte aus Aluminium befestigt ist. Die Arme können durch eine am oberen Arme befestigte, durch den unteren durchgesteckte Schraube kräftig gegeneinander gepreßt werden. Die Kinnplatte wird mit irgend einem erhärtenden Verband befestigt, die Zinnschiene durch Biegen und Ausfüllen mit Modellierwachs passend gemacht, nach Adaption der Bruchenden fest auf die Zahnreihe gedrückt und dann die Schraube fest angezogen. Der Hauptvorteil ist, daß

der Unterkiefer als Ganzes ohne Verschiebung der Bruchenden beweglich ist. Drei Fälle ausführlich mitgeteilt.

Murphy. Ankylosis. Arthroplasty clinical and experimental.

Entwicklungsgeschichtliche, anatomische und experimentelle Studien führten M. zu dem Verfahren, Weichteile zwischen die voneinander gelösten Gelenkenden einzupflanzen. Eingehende Vorschriften über die Ausführung der Operation an verschiedenen größeren Gelenken und Mitteilung von elf nach seinem Verfahren operierten und geheilten Fällen.

Cabot. New aids to the surgical diagnosis of diseases of the kidneys and their value.

Urinuntersuchung, Funktionsprüfung der Niere mit Farbsubstanzen und Phloridzin, Kryoskopie, Cystoskopie und Harnleiterkatheterismus, intravesikale Trennung der beiden Urinportionen, Explorativoperation werden besprochen und in ihren Leistungen und Gefahren gewürdigt.

Richardson. A case of splenectomy for myelogenous leukaemia.

Entfernung einer leicht beweglichen, etwa $5^1/_2$ Pfund schweren Milz. Blutbefund und Allgemeinbefinden besserten sich zunächst. 2 Jahre später Tod unter den gewöhnlich die letzten Stadien der Leukämie begleitenden Erscheinungen. R. nimmt an, daß die erste Besserung nur scheinbar durch die Operation hervorgerufen, diese aber in Wahrheit ohne jeden Einfluß auf die Krankheit gewesen sei.

Trapp (Bückeburg).

---

23) **O. Schott.** Über eine neue Ultraviolett-Quecksilberlampe. Uviollampe.

(Mitteilung a. d. Glaswerk Schott u. Gen., Jena.)

Diese Lampe stellt eine »außerordentlich vorteilhafte Einrichtung dar, um elektrische Energie in nutzbare Strahlungsenergie von kleiner Wellenlänge umzusetzen«. Es kommt zu der bisher nutzbaren Strahlung auch noch der ultraviolette Teil hinzu, da es in den S.'schen Glaswerken Herrn Dr. E. Zschimmer gelungen ist, »im Ultraviolett durchlässige Gläser« darzustellen. Somit ist die Möglichkeit gegeben, »diese Lichtentwicklung aus der »uviol« absorbierenden Umhüllung in eine durchlässigere zu verlegen und von den im Innern der Glasröhre zur Entstehung kommenden kurzen Wellen den bei weitem größten Teil heraustreten zu lassen«. Das Nähere muß im Original eingesehen werden.

Das von der Uviollampe gelieferte Licht findet Anwendung in der Bestrahlungsbehandlung von Hautkrankheiten (Lupus, Ekzem usw.), und sind auffallend rasche Heilungen veralteter Fälle ohne intensive Reizwirkung beobachtet.

Über die bakterientötende Wirkung arbeitet zurzeit Prof. A. Gärtner, dessen Publikationen bald folgen werden.

Der besondere Vorteil gegenüber der Finsenlampe besteht in der großen Ausdehnung der Strahlung, die größere Flächenstärke (bis zu 1400 qcm) gleichzeitig mit hoher Intensität zu bestrahlen ermöglicht.

Ein zweckmäßiges Stativ mit Vorschalter und Wasser erleichtert die Handhabung der 20—130 cm langen, 8—30 mm dicken Röhren. **Grosse** (Kassel).

24) **Dionis du Séjour.** Sur la durée de l'immunité donnée par une injection de sérum antitétanique. Tétanos à forme dysphagique.

(Gaz. des hôpitaux 1905. Nr. 51.)

Am 22. März 1904 zog sich ein 64jähriger Mann einen schweren, komplizierten Knöchelbruch zu. Sofortige energische Desinfektion, die am nächsten Tage wiederholt wurde, ergänzt durch Injektion von 10 ccm Antitetanusserum. Am 24. März wurde eine tibio-tarsale Resektion gemacht mit ausgiebiger Desinfektion, Entfernung aller Knorpelreste, doppelseitiger Drainage. Beim ersten Verband nach 5 Tagen Eiterung; nekrotisches Gewebe mußte entfernt werden. Trotz aller Bemühungen dehnte sich die Gangrän aus und ergriff auch die Sehnen. Am 14. April früh

klagte Pat., daß er nicht schlucken könne; Trismus war nicht vorhanden. Bis zum folgenden Morgen entwickelte sich ein schwerer Tetanus, dem Pat. am Nachmittag erlag.

Verf. schließt aus dem Falle 1) daß die durch Injektion von 10 ccm Serum verliehene Immunität nicht länger als ca. 2 Wochen dauert, 2) daß die ausgiebigste Reinigung einer Wunde gegen Tetanus nicht schützt.

V. E. Mertens (Breslau).

25) **Maylard.** Case of extravasation of urine as result of an impacted urethral calculus.

(Glasgow med. journ. 1905. April.)

Ein 4jähriger Knabe spürte beim Urinieren plötzlich heftige Schmerzen, er konnte 3 Tage lang nicht Harn lassen; in dieser Zeit bildete sich eine starke Urininfiltration aus. Durch breite Inzisionen kam es zur Ausheilung; zugleich fand sich dicht hinter dem Orificium externum der Glans penis ein 12 : 8 mm großer Stein.

Es dürfte die Annahme am meisten für sich haben, daß der Stein zuerst in der Dammgegend in einer Ausbuchtung der Harnröhre lag und dort ein Dekubitalgeschwür erzeugte, daß er dann, vom Harnstrom fortgeführt, die Harnröhrenöffnung verschloß und zur Perforation des Geschwürs in die Tiefe der Dammweichteile hinein durch den Druck des Harns die Veranlassung gab.

W. v. Brunn (Rostock).

26) **C. Renton.** Two enlarged prostates removed by the suprapubic operation.

(Glasgow med. journ. 1905. April.)

Bericht über zwei erfolgreich operierte Pat. mit Prostatahypertrophie; der eine war 76, der andere 60 Jahre alt; der erstere war schon seit 2 Jahren stets katheterisiert worden, der zweite kam im Stadium absoluter Harnretention. Wenn man die Cystitis schnell beseitigen kann, schließt sich die Blasenwunde schon nach 17—21 Tagen.

W. v. Brunn (Rostock).

27) **Dupouy.** Rupture spontanée intra-péritonéale de la vessie chez un aliéné. État de choc. Mort en six heures.

(Gaz. des hôpitaux 1905. Nr. 47.)

Es fiel auf, daß der 35jährige Geisteskranke zwar spontan, aber sehr mühsam urinierte. Die Ursache fand sich in einer sehr engen Striktur der Harnröhre im Bereiche der Fossa navicularis.

Eines Nachmittags suchte Pat., der sich ohnehin in einem Zustande lebhafter Agitation befand, das Kloset auf ohne Erfolg. Seine Unruhe wuchs durch diesen Mißerfolg und ließ auch nicht nach, als er zu Bett gebracht war. Plötzlich wurde er blaß und glitt aus dem Bett auf den Fußboden. Er blieb von da ab bewußtlos. Anfangs erbrach er sein Frühstück. Keine Konvulsionen. Nach 4 Stunden alle Zeichen der Peritonitis. Inzwischen hatte er auch zweimal blutigen Urin unter sich gelassen. Tod nach 2 weiteren Stunden.

In der Hinterwand der Blase fand sich vom Vertex abwärts ein 5 cm langer, klaffender Riß. Die histologische Untersuchung ergab Hypertrophie der Muskulatur der Blase, aber keine Zeichen von Degeneration.

V. E. Mertens (Breslau).

28) **G. A. Wagner.** Zur Therapie der Blasendivertikel nebst Bemerkungen über Komplikationen derselben.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 1 u. 2.)

W. veröffentlicht zwei Fälle von Blasendivertikeln, welche operativ behandelt wurden. In dem ersten Falle handelt es sich um ein Divertikel, welches wohl nach

der von Englisch am häufigsten für Blasendivertikel angenommenen Ursache, nämlich nach Ausstülpung kongenital schwächer angelegter Stellen infolge Harnstauung entstanden ist. Auch für den zweiten Fall ist wohl eine analoge Ursache wenigstens nach dem mikroskopischen Befunde des Präparates anzunehmen, wenn auch eine Prostatahypertrophie oder eine sonstige klinische Ursache für Harnstauung nicht gefunden ward. Die Symptome der Divertikel waren beidemal geringgradig. Im zweiten Falle bestand dagegen das gerade für Divertikel charakteristische Zeichen, daß nach Entleerung des Blasenharnes einige Sekunden Harnträufeln und dann nochmalige Entleerung einer größeren Urinmenge stattfand.

Zur Operation von Divertikeln können verschiedene Wege eingeschlagen werden. Für die hinteren und seitlichen kommt vor allem die sakrale Methode in Betracht, während die mehr nach vorn gelegenen seitlichen und am Scheitel der Blase befindlichen durch verschiedene Typen des Bauchschnittes zu erreichen sind. In den Fällen des Verf.s konnte, da keine Entzündung der Divertikel bestand, ohne Gefahr für das Bauchfell die Laparotomie zur Exstirpation derselben gewählt werden. In dem einen Falle wurde das Divertikel abgetragen und die Öffnung durch intramuköse Catgutnähte, sowie durch Seidenknopfnähte der Muscularis geschlossen. Bei dem zweiten Pat. wurde das kleine Divertikel eingestülpt und die Kommunikationsöffnung hinter dem Sack durch Knopfnähte linear verschlossen. Von diesem eingestülpten Divertikel fand sich $^1/_4$ Jahr nach der Operation bei der Autopsie nichts mehr.

Anhangsweise sind noch 5 Fälle von Blasendivertikeln aus der Prosektur des Rudolfspitales in Wien angeführt. Sie stellen charakteristische Beispiele für die oft beobachteten schweren Folgeerscheinungen dar, die durch Blasendivertikel hervorgerufen werden können. Die Todesursache war in allen Fällen eine schwere Erkrankung der Nieren, eine eitrige Pyelonephritis oder Pyonephrose. Einerseits können die Ursachen, welche die Divertikelbildung durch Harnstauung, z. B. durch Prostatahypertrophie hervorrufen, auch die Nierenerweiterung und -Eiterung veranlassen, andererseits ist oft der Druck der Divertikel auf den Harnleiter die Ätiologie einer Pyonephrose. Jedenfalls zeigen diese Komplikationen, daß die Blasendivertikel eine schwere Gefahr für ihren Träger bilden, und daß sie infolgedessen so rasch wie möglich operiert werden sollen, wenn sie diagnostiziert sind.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

29) **M. Nitze.** Der Harnleiterokklusivkatheter.

(Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane Bd. XVI. Hft. 3.)

Die Unzuverlässigkeit sowohl, als ganz besonders die Gefährlichkeit der Methoden zur getrennten Gewinnung des beiderseitigen Urins haben den Verf. bewogen, ein Instrument zu konstruieren, welches nach des Verf.s Angaben absolut zuverlässig einerseits und ebenso gefahrlos für die nicht erkrankte Niere andererseits ist. Dem bisher geübten Harnleiterkatheterismus haftet der Übelstand an, daß er häufiger als gemeinhin bekannt wird, die gesunde Niere infiziert. Dies zu vermeiden, wurden die sog. Separateure konstruiert, welche aber ihrerseits, so exakt auch zweifellos vereinzelt ihre Ergebnisse sind, eine unbedingte Sicherheit keinesfalls gewährleisten. Das Resultat dieser kritischen Erwägungen stellt die Forderung auf, daß der Harnleiterkatheterismus nur nach der als krank angenommenen Niere hin vorgenommen werden darf, und daß als Sekret der anderen Niere die hierbei mittels Blasenkatheter gewonnene Flüssigkeit angenommen werden muß. Aber auch diese Methode liefert insofern ein ungenaues Resultat, als der neben dem Harnleiterkatheter her in die Blase laufende Urin sich mit dem dort aus der anderen Niere einlaufenden Harn mischt. Verf. hat aus diesem Grund einen Harnleiterokklussivkatheter konstruiert, welcher aus einem gewöhnlichen elastischen Harnleiterkatheter besteht, auf dessen vorderes Ende ein dünnwandiger Gummiballon aufgeschoben ist. Nach Einführen des Katheters in den Harnleiter wird der Ballon durch einen ganz dünnen in ersterem verlaufenden Harnleiterkatheter mit Wasser gefüllt und dadurch aufgebläht, so daß er sich der Harnleiterwandung fest anlegt. Zur Kontrolle des absolut dichten Abschlusses kann man durch einen

zweiten ebenso dünnen und wiederum in dem ersten Katheter verlaufenden Katheter proximal von dem Ballon etwas Methylenblaulösung deponieren. Ist jetzt der aus der Blase abfließende Urin ungefärbt, so ist der Verschluß des Harnleiters durch den aufgeblähten Ballon ein vollkommener.

Eine Skizze veranschaulicht das Gesagte. **Grunert** (Dresden).

30) **P. Fiori.** Steine und multiple Verengerungen des rechten Ureters. Uterotomie und ausgedehnte Ureterheteroplastik.

(Policlinico 1905. Nr. 2.)

Verf. berichtet über einen Fall, bei welchem es ihm gelang 16 cm des Ureters wieder herzustellen, oder besser gesagt, fast einen neuen Weg zwischen Blase und Niere zu schaffen bei einer 21jährigen, seit 14 Jahren an Steinen und multiplen Harnleiterverengerungen leidenden Frau. Um diesen Zweck zu erreichen, modellierte Verf. über einer dicken Sonde (Nr. 30 Charrière) einen Teil der zellig-fibrösen Platte, welche das Bauchfell in der Höhe des Beckenteiles des Harnleiters und des zwischen Harnleiter und M. psoas gelegenen Teiles verdoppelt.

Die Operation wurde durch einen großen Lumbo-iliacal-Schnitt auf lumbarem Wege ausgeführt.

Das Resultat war ein äußerst günstiges: Die Lumbalfistel blieb bis zum 38. Tage und ist seitdem vollkommen geschlossen. Die Wegsamkeit des neuen Weges wurde durch den Harnleiterkatheterismus geprüft und später durch die intravesikale Urintrennung mittels des Separators von Luys. Diese am 11. Januar 1905 ausgeführte Untersuchung hat, ungefähr 7 Monate nach der Operation, ergeben: Auf der operierten Seite einen trüben und sauren Urin mit weißen Blutkörperchen und geringen Mengen von Eiweiß, während auf der linken, nicht operierten Seite der Urin sehr klar und ganz normal war.

Dieser nach Verf. einzig in der Literatur dastehende Fall ist für die Chirurgie der Harnwege sicher von großer Bedeutung. Verf. zieht aus ihm Schlußfolgerungen für einige Betrachtungen über die Behandlung der Nieren- und Harnleitersteine.

Langemak (Erfurt).

Bemerkung zu der Originalmitteilung: „Der ektopische Testikel" von Prof. Lanz in Amsterdam in Nr. 16 des Zentralblattes für Chirurgie.

Von

Dr. ***Longard,*** *Oberarzt am Krankenhaus Forst-Aachen.*

Unter obigem Titel veröffentlicht Prof. Lanz eine Methode zur operativen Behandlung des ektopischen Hodens, die er als Extensio testis bezeichnet und als »eigenes« Operationsverfahren beschreibt. Prof. Lanz hat zweifellos übersehen, daß ich in einer Originalmitteilung des Zentralblattes für Chirurgie bereits im Jahre 1903 (Nr. 8) unter dem Titel: »Zur Operation der Rentenlio testis inguinalis« ein Operationsverfahren angegeben habe, das mit dem seinigen vollkommen identisch ist.

Die Methode von Prof. Lanz unterscheidet sich nur insofern von der meinigen, als ich statt eines Fadens eine größere Anzahl Fäden (6—7) benutze, um »eine Extension« an Hoden und Samenstrang auszuüben.

Der Vergleich meiner Mitteilung aus dem Jahre 1903 mit der von Prof. Lanz aus dem Jahre 1905 dürfte wohl keine Zweifel über das Prioritätsrecht dieser Operationsmethode aufkommen lassen.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 24. **Sonnabend, den 17. Juni.** **1905.**

(Aus der orthopädischen Klinik der kaiserlichen militär-medizinischen Akademie zu St. Petersburg.)

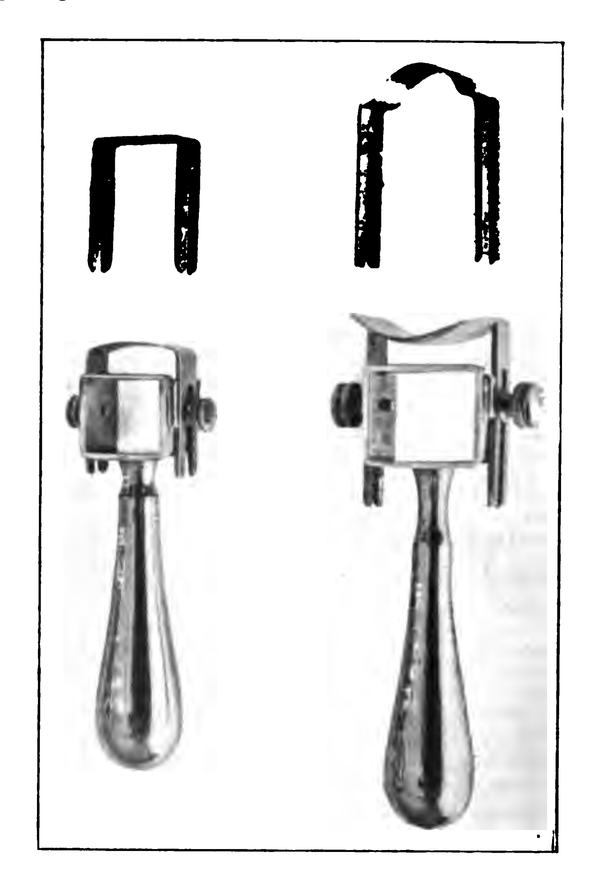
Zur Technik der Kniegelenkarthrodese.

Von
Prof. **Henry Turner.**

In Nr. 34 des »Zentralblattes für Chirurgie« (Jahrg. 1904) lenkt Dr. Hagen-Torn durchaus mit Recht die Aufmerksamkeit auf die Operation der Kniegelenkarthrodese. Diese Operation, die eigentlich

nichts anderes als eine Resektionsmethode darstellt, ist bekanntlich zuerst von Albert allein zum Zwecke der Herbeiführung einer Ankylose in Vorschlag gebracht worden.

Das Anwendungsgebiet dieses Eingriffes liegt hauptsächlich in der orthopädischen Praxis, wo er zur Fixation der schlenkernden Gelenke bei Paralysen (häufiger bei Poliomyelitis anterior) angewendet wird. Trotzdem aber die Operation jetzt ziemlich häufig ausgeführt wird, werden Details hinsichtlich der Operationstechnik nur in spärlichem Maße mitgeteilt, weil man auf verschiedenem Wege zu einem guten Resultat gelangen kann.



Ich weiß aber, daß Mißerfolge vorkommen können, und möchte infolgedessen auf Grund meiner 15 innerhalb eines kurzen Zeitraumes operierten und durchweg erfolgreich abgelaufenen Fälle folgende kurze Betrachtungen aufstellen:

Der bogenförmige Schnitt der Weichteile nach Textor ist der einfachste und bequemste. Die Seitenbänder müssen möglichst geschont werden. Die Entfernung des Knorpelüberzuges muß möglichst ökonomisch ausgeführt werden, damit die Form der Gelenkoberflächen

keine Veränderung erfahre. Statt einer Säge oder eines Messers empfehle ich zur Beschleunigung des Verfahrens die Anwendung des auf der Abbildung dargestellten Instrumentes, welches einem kleinen Stoßhebel oder richtiger einem »automatischen« Rasiermesser ähnlich ist. Ein Paar solcher Instrumente, von denen das eine mit einem nach außen, das andere mit einem nach innen konvexen Messer armiert ist, befreit schnell den Knochen von Knorpel und liefert am Oberschenkel und Unterschenkel einander gut anliegende Oberflächen. Die Patella soll nach dem Beispiel von Riedinger (1878) als Bindeelement dienen, das Nägel, Nadeln usw. ersetzt. Sie wird vom Knorpel befreit, der angefrischten Oberfläche des Oberschenkelknochens (zwischen den Kondylen) und der Tibia (Tuberositas) angepaßt und mittels Naht befestigt. Die Sehne der Flexoren wird, falls erforderlich, durchschnitten. Die zurückbleibende Kontraktur des Knies kann in der Nachbehandlungsperiode etappenweise korrigiert werden.

Ein Gipsverband muß die ganze Extremität umfassen. Bei solcher absoluten Ruhe geht die Verwachsung der Knochen genau so wie bei gewöhnlicher Fraktur vor sich. In der dritten Woche ist die Konsolidation der Knochen bereits deutlich ausgesprochen.

Auf dem Röntgenbilde sieht man im vollen Sinne des Wortes prima intentio der Knochen, wobei die Patella beide Gelenkenden miteinander verlötet. Wenn es die andere Extremität erlaubt, so kann man mit den ersten Gehversuchen zu Beginn der dritten Woche anfangen. Der funktionelle Reiz festigt natürlich die Ankylose. Doch ist es keineswegs nötig, mit den Gehversuchen sich besonders zu beeilen. Der Beckengurt wird zu Beginn der Gehversuche abgelegt. Die Entfernung der Nähte, sowie der Verbandwechsel an der Wunde werden durch ein im Verband angelegtes Fenster vorgenommen. Nadeln, Verband, Nägel und Nähte bewirken nicht diejenige Ruhigstellung der zu verlötenden Teile, wie sie durch den Gipsverband erzielt wird.

---

1) **König-Hildebrand.** Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie. (König's Lehrbuch der Chirurgie Bd. IV). 2. Auflage.

Berlin, **August Hirschwald,** 1905.

Nach 16jähriger Pause ist K.'s allgemeine Chirurgie in vollständiger Neubearbeitung durch seinen Nachfolger auf dem Lehrstuhl der Charité, H., erschienen. Die neue Auflage hat einen erheblich größeren Umfang, als die erste, zum Teil wohl infolge von Einfügung zahlreicher (361), zumeist guter Abbildungen aus H.'s eigenem Material, die, wie ein kurzes Sachregister, der letzteren gänzlich gefehlt hatten. Auch die Einteilung des Inhaltes ist wesentlich verändert: Im ersten Teile werden die Verletzungen und akuten und chronischen Krankheiten (einschließlich der Geschwülste) des menschlichen Körpers im allgemeinen, die Störungen im Verlaufe der Wundheilung und akzidentellen Wundkrankheiten vor der Besprechung der Wundbehandlung,

im zweiten die Verletzungen und Krankheiten (akute und chronische) der einzelnen Gewebe dargestellt. Ganz in Fortfall gekommen ist aus der früheren Auflage die Schilderung der Narkose, auch sonst manches Kapitel stark verkürzt, um zahlreiche andere entsprechend den in den letzten 20 Jahren veränderten Anschauungen und Fortschritten auf vielen Gebieten der allgemeinen chirurgischen Pathologie (Bakteriologie, Lehre von der Tuberkulose usw.) und Therapie (Asepsis, Stauungshyperämie, Behandlung der Tuberkulose, Frakturen usw.) erweitern zu können. H.'s Darstellung ist überall eine klare, zusammenfassende; selbst kurze historische Angaben sind weggelassen. Dafür ist der jetzige Standpunkt der allgemeinen Chirurgie aufs treffendste und mit größter Gründlichkeit gekennzeichnet, eine Fülle von Wissen, von reichen eigenen Erfahrungen des Verf. in dem Lehrbuch niedergelegt, das für seine Neubearbeitung, da K. selbst diese nicht mehr auf sich nehmen wollte, keine geeignetere Persönlichkeit hätte finden können, als die H.'s, K.'s früheren langjährigen, mit seinen jetzigen Anschauungen vertrauten Mitarbeiters, dem wir bereits ein ausgezeichnetes Werk über ein Gebiet aus der allgemeinen Chirurgie, die Monographie über die Tuberkulose, verdanken.

Einem Wunsche sei zum Schluß noch Ausdruck gegeben, dem, daß diesem IV. Bande von »K.'s Lehrbuch der Chirurgie« als Ergänzung noch ein V., die allgemeine Verband- und Operationslehre behandelnder folgen möge; eine solche fehlt noch an dem großen Werke.

Kramer (Glogau).

---

2) **F. König.** Lehrbuch der speziellen Chirurgie. 8. Auflage. III. Band.

Berlin, **August Hirschwald,** 1905.

Den beiden ersten Bänden der 8. Auflage des obigen Lehrbuches ist rasch der dritte gefolgt, in welchem K.'s Sohn, Fritz König, die Kapitel über die Chirurgie der oberen Gliedmaßen entsprechend den Fortschritten der Wissenschaft ergänzt hat. Auch der vorliegende Band hat wieder beträchtlich — mit ca. 80 Seiten — an Umfang zugenommen und weist auch eine größere Anzahl neuer Abbildungen, besonders in den Abschnitten über Schenkelhalsbrüche, Tuberkulose des Hüft- und Kniegelenks, auf. Wertvolle Bereicherungen haben erfahren die Kapitel über die Behandlung der Oberarmbrüche (Extensionsbehandlung), über subkutane Brüche der Handwurzelknochen, über Behandlung von Knochendefekten an Fingern, über zentrale Verrenkung des Schenkelkopfes durch die Pfanne in das Becken, über Behandlung veralteter Hüftverrenkungen, über die blutigen und unblutigen Operationen bei angeborener Hüftverrenkung, über Coxa vara, Pfannenbrüche, Schenkelhalsbrüche jugendlicher Individuen, über Abrißfrakturen der Trochanteren, Kniescheibenbruch, Rißbruch der Tuberositas tibiae, Haemarthros genu, Spiralbrüche des Unterschenkels usw. Namentlich in dem Teile des Werkes, der die Chirurgie der

unteren Extremität behandelt, sind vielfache neue persönliche Erfahrungen K.'s eingefügt, ist die Lehre von der Tuberkulose vervollständigt, die von den Frakturen auf Grund der besseren Diagnostik (Röntgenbild) und des reichen Materials in der Klinik der Charité umgestaltet und verbessert.

So gewährt auch mit seinem dritten Bande das K.'sche Lehrbuch wieder ein vollständiges Bild des gegenwärtigen Standes der Wirbelsäulen- und Gliedmaßenchirurgie, die K. so große Fortschritte zu verdanken hat. Möge es dem nunmehr von seiner reichgesegneten klinischen Tätigkeit ausruhenden Verf. beschieden sein, in der bisherigen körperlichen und geistigen Frische auch die nächste Auflage des Werkes zu bearbeiten! **Kramer** (Glogau).

---

3) **Poncet et Leriche.** Rhumatisme tuberculeux ankylosant, arthrites plastiques, ankyloses osseuses d'origine tuberculeux.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 1.)

Verff. bezweifeln, daß die gewöhnliche Polyarthritis rheumatica zu knöchernen Ankylosen führen könne; meist handle sichs um Versteifungen durch Weichteilschrumpfung. Daneben kommt jedoch — wie von P. und seinen Schülern in einer Reihe von Publikationen behauptet wurde, eine Polyarthritis (bezw. eine akut einsetzende rheumatische Gelenkentzündung, die auch auf ein Gelenk beschränkt bleiben kann) zur Beobachtung, die in kürzerer oder längerer Zeit, nach 1, 2 oder mehreren entzündlichen Anfällen mit Entschiedenheit zur Ankylose führt. Läßt sich als Ätiologie Gonorrhöe ausschließen, so bleibt bei fehlender Salizylwirkung, bei der Bildung der Ankylosen mit knöcherner Verwachsung, gleichzeitigen oder erst später nachweisbaren tuberkulösen Herden gar keine andere Annahme, als daß eine Manifestation der Tuberkulinwirkung vorliege. Mit der Caries sicca v. Volkmann's hat diese Form der Gelenktuberkulose nichts gemein: besteht, wie z. B. am Knie, eine Knochenverdickung, so verbreitert sie das Knie von innen nach außen, nicht, wie bei jener, von vorn nach hinten. Zudem fehlen im Gelenk selbst alle an Tuberkulose erinnernden Produkte, Fungositäten und Eiter. Nach Ansicht der Verff. sind auch Keloid, manche Formen von Genu valgum adoles. und entzündlicher Plattfuß als tuberkulöse Reizungen zu beurteilen. Als Beweis des oben gesagten werden 13 Krankengeschichten, einige der Literatur entnommen, mitgeteilt.

Die Frage hat großes chirurgisches Interesse, da häufig solche Ankylosen in falscher Stellung, Subluxation, Verbiegung, absoluter Streckstellung usw. ausheilen, und Resektionen erfordern.

So gefällig die ganze Auffassung sich darbietet, dürfte sie vorläufig mehr als den Wert einer Theorie nicht beanspruchen, da einerseits der Nachweis der Tuberkelbazillen in den Gelenken — von einer früheren Angabe abgesehen — bezw. des Tuberkulins noch aussteht und bei der Häufigkeit latenter Tuberkulosen das gleichzeitige Vor-

handensein atypischer, ankylosierender Arthritiden noch kein Abhängigkeitsverhältnis einschließt, andererseits aber Froelich und Weiss (Nancy) bei einigen der bezeichneten Affektionen (Genu valg. adol. und Tarsalgie) Staphylokokken nachgewiesen haben wollen.

Christel (Metz).

---

4) **Pennisè.** Sul processo di guarigione delle ferite delle cartilagini.

(Policlinico 1904. Ser. chir. Nr. 10—12.)

Die Untersuchungen betreffen die Heilung von Knorpelwunden, die an den Femurkondylen, den Rippenknorpeln, Ohr- und Schildknorpel bei Kaninchen angelegt sind.

Aseptische Knorpelwunden rufen eine Nekrose in der Umgebung des Schnittes hervor, dann folgt eine Zellvermehrung in der Umgebung, die sich aber in beschränktem Maße hält. Eine wahre Ausfüllung des Substanzverlustes erfolgt nicht, nur durch die Elastizität des Knorpels ein Zusammenrücken der Wundränder, die zum Teil verkalken können. Wenn der Schnitt Teile getroffen hat, von wo aus Bindegewebe herauswachsen kann, oder bei entzündlicher Reizung entsteht stets ein Pannus und eine bindegewebige Narbe.

Auch am Rippenknorpel verhält sich der Knorpel ganz passiv; zuerst füllt Bindegewebe, aus der Umgebung her, den Defekt. Später und zum Teil mit ihm dringt vom Perichondrium her neugebildeter Knorpel ein; derselbe hat Neigung zur Verknöcherung. Auch Frakturen der Rippenknorpel heilen durch eine knorplige, zur Verknöcherung neigende Narbe. Ähnlich sind die Verhältnisse am Schildknorpel.

Am Ohr entsteht meist bei Wunden eine rein bindegewebige Narbe, welche vom 23. Tag an sich in hyalinen Knorpel verwandelt, während zugleich vom Perichondrium aus ebenfalls Knorpelneubildung erfolgt. Später Verkalkung und Verknöcherung. Bei Wunden mit Substanzverlust war die Narbe bis zum 96. Tage fibrös.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

5) Ingenieur **F. Dessauer** und **E. Wiesner.** Kompendium der Röntgenographie. Ein praktisches Handbuch.

Leipzig, 1905.

Das Buch, dessen erstes Kapitel bereits als Einzelheft erschienen ist, soll ein Handbuch der Aufnahme sein, das sich auf wissenschaftlicher Basis unmittelbar in den Dienst der Praxis stellt und die einzelnen Aufgaben in Abbildungen vorführt. Es ist ungemein klar und faßlich geschrieben und hat den Vorzug, daß außer den eigentlichen »Aschaffenburgern« andere, auch von den Gegnern anerkannte Röntgentechniker, wie Rosenthal, zu Worte kommen. Der erste Teil schildert das Wesen der Röntgenstrahlen, die physikalischen Grundlagen und den Röntgenapparat selbst. Der zweite Teil behandelt die Photographie und ihre Hilfsmethoden, während der dritte Teil die

Aufnahmemethodik beschreibt. Das Vorgetragene wird durch zahlreiche Abbildungen veranschaulicht, die freilich oft vieles an Deutlichkeit wünschen lassen. Auf zahlreichen Tafeln werden sehr instruktive Beispiele verfehlter und guter Aufnahmen vorgeführt.

Die Verff. werden — zumal im ersten Teile — zahlreiche Gegner finden. Dennoch ist das Buch dem Anfänger und jedem, der sich schnell einen Überblick verschaffen will, durchaus zu empfehlen.

Fielitz (Halle a. S.).

---

6) **Krause** (Breslau). Zur Röntgenbehandlung von Bluterkrankungen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 3.)

Zunächst gibt Verf. ein ausführliches Referat über die bisher veröffentlichten Fälle.

Am besten bekannt sind bis jetzt die Wirkungen der Röntgenstrahlen bei der Leukämie. Als markanteste und wenigstens bei der myeologenen Leukämie fast konstante Wirkung ist die subjektive auf die Pat. zu nennen: Verschwinden der Kopfschmerzen, Müdigkeit und Appetitlosigkeit, Gewichtszunahme. Aber auch objektiv war in den meisten Fällen eine deutlich nachweisbare Wirkung vorhanden. Einmal tritt »fast mit der Sicherheit des Experimentes« eine Verminderung der Leukocyten ein, sehr häufig ferner eine oft starke Verkleinerung der Milzschwellungen bis zum vollkommenen Verschwinden. Doch sind Rezidive nicht ausgeschlossen. Die Verkleinerung der Milz tritt häufig nicht sofort ein, sondern erst nach längerer Bestrahlung. Viel weniger sicher erscheint der Erfolg bei der Pseudoleukämie, ebenso bei der Anaemia splenica. Doch hält Verf. bei jeder schweren Anämie einen praktischen Versuch, speziell die Bestrahlung der langen Röhrenknochen für angezeigt, da die Analogie mit den Leukämiefällen direkt dazu auffordere.

Von unerwünschten Begleiterscheinungen nennt Verf. als subjektive Beschwerden allgemeines Unbehagen, Kopfschmerzen und Schmerzen im Leib. Objektiv sind es vor allem die Veränderungen der bestrahlten Haut, die zwischen leichter Pigmentation und Ulzeration variieren können und event. ein Aussetzen der Bestrahlung gebieten.

Bezüglich der Technik sind von den einzelnen Autoren genaue Angaben meist nicht gemacht worden. Im allgemeinen verwende man mittelweiche bis harte Röhren. Die Dauer der Bestrahlung schwankte von Minuten bis über $^1/_2$ Stunde pro Sitzung und erreichte mehrere 100 ja 1000 Minuten im ganzen.

Eine ursächliche Erklärung der Röntgenwirkungen bei Bluterkrankungen liegt zurzeit noch nicht vor. **Gaugele** (Zwickau i. S.).

---

7) **Wulff.** Verwendbarkeit der X-Strahlen für die Diagnose der Blasendifformitäten.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 3.)

Verf. konnte einem alten Manne, der im Urin Eiter entleerte, sowohl durch das Cystoskop als durch die Röntgenstrahlen eine Vesica bilocularis nachweisen!

Für die Röntgenaufnahme wurde zuvor die Blase mit einer Wismutlösung gefüllt (Bi. subnitr. 5,0, Amyl. 1,5, Aqu. ad. 50,0). Das Röntgenbild zeigte deutlich zwei eirunde Schatten, zwischen welchen eine Membran in die Höhe zog. Verf. empfiehlt die Methode namentlich bei Verdacht auf Divertikelbildung und Blasenhernien und hält sie für ungefährlicher und präziser als die von Keller angegebene Lufteinblasung.

Gaugele (Zwickau i. S.).

8) **Hausmann.** Über die Palpation der Appendix und über die Appendicitis larvata.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 7.)

Die Arbeit, welche dem Chirurgen nichts Neues bietet, will auf die Notwendigkeit tiefer und sorgfältiger Palpation und auf die chronische Form der Appendicitis, welche häufig in ihren Symptomen ein anderes Leiden vortäuscht, hinweisen: Bei der Tastung ist eine zur Längsachse der Appendix senkrechte Haltung der Hand von Wichtigkeit. Um den Psoas der vorderen Bauchwand zu nähern, ist es zweckmäßig, den Kranken aufzufordern, das gestreckte rechte Bein etwas zu heben. Die häufigste Verlaufsrichtung der Appendix ist die nach innen und die nach unten zum kleinen Becken. Vorteilhaft ist es, die linke Hand auf die tastende Rechte zu legen, die nötigen Bewegungen mit der Linken auszuführen und die Rechte ausschließlich dem Tasten zu widmen. Außer dem Ileum können Colon transversum, wenn es strangförmig kontrahiert und nach unten gesunken ist, und die Flexura sigmoidea zur Verwechslung mit dem Darmfortsatz Anlaß geben.

Langemak (Erfurt).

9) **E. Rochard.** Un noveau procédé de cure radicale de la hernie inguinale.

(Gaz. des hôpitaux 1905. Nr. 45.)

Obgleich R. als Nachteil der Bassini'schen Operation nur Samenstrangschwellung, nie Zirkulationsstörungen am Hoden gesehen hat, ist er doch, ähnlich Connell (vgl. dies Zentralblatt 1905 Nr. 19), durch die Beobachtungen anderer dazu gedrängt worden, eine Methode zu ersinnen, bei der der Samenstrang in keiner Weise gezerrt wird. Er verfährt wie folgt:

1) Hautschnitt wie für Bassini. 2) Aponeurose des Obl. ext. durch in den Kanal eingeführten Finger vorsichtig abgelöst und gespalten. 3) Versorgung des Bruchsackes. 4) Ohne Berührung des Samenstranges wird der Obliqu. int. mit U-förmigen Knopfnähten an

das Lig. Pouparti genäht. 5) Der untere Rand des Obliqu. ext. wird unter den oberen geschoben. Zwei Reihen U-förmiger Nähte.

R. ist sich wohl bewußt, nichts absolut Neues zu bieten, hält aber sein Verfahren für sorgfältiger als ähnliche. Von der Exzision erweiterter Venen am Samenstrange, wie sie Halsted prinzipiell ausführt, sieht R. ab, weil er die Venektasien, nicht sowohl für die Ursache des Bruches, als vielmehr den Bruch für die Ursache der Varicokele hält.

V. E. Mertens (Breslau).

---

10) **G. Cotte et R. Leriche.** Des stenoses intestinales tardives consécutives à l'étranglement herniaire.

(Revue de gynécol. et de chir. abdominale 1905. Nr. 2.)

Die früher viel gefürchtete Erscheinung der nach Brucheinklemmung sich später ausbildenden Darmstenosen ist nicht sehr häufig. Allerdings bleibt sie, wenn nicht sehr ausgesprochen, oft unbemerkt. In der Literatur fanden Verff. über 80 einschlägige Mitteilungen von denen sie aber nur 39 zu ihrer Besprechung verwerten konnten. Die in Rede stehende Verengerung ist bei Männern häufiger als bei Frauen (23 : 14), obwohl Brucheinklemmung als solche bei Frauen als doppelt so oft vorkommend wie bei Männern geschätzt wird. Außerdem kommt es nach Einklemmung von Leistenbrüchen öfter zu späterer Stenosenbildung als bei Schenkelbrüchen (27 : 8). Zweimal ist Stenosenbildung auch nach Nabelbrüchen beschrieben. Die die Stenosen veranlassenden Momente sind noch nicht ganz klar. Jedenfalls kommen sie entweder durch Adhäsionsbildung zustande oder als Folge geschwüriger Vorgänge in der Darmwandung mit späterer Narbenbildung. Bei der letzteren Form unterscheidet man den ring- und den röhrenförmigen Typus. Die ringförmigen entsprechen den Einschnürungsfurchen; sie sind das Produkt einer auf der Schleimhaut sich abspielenden Entzündung. Tritt zu dieser Entzündung infolge der Ernährungsstörung Nekrose zu, so resultiert daraus je nach der Ausdehnung derselben später die entsprechende Einschnürung. — Beobachtet sind solche Stenosen in der Zeit von 8 Tagen bis 14 Jahren nach der Einklemmung. Sie können sich durch akut oder chronisch auftretende Erscheinungen bemerkbar machen. Vorhergehen können Durchfälle oder Darmblutungen. Blutungen, die etwa 6 Tage nach der Herniotomie auftreten, geben besondere Veranlassung daran zu denken. — Auch kann es zu Perforation mit ihren Folgen kommen. Durch Perforation nach Verklebung benachbarter Schlingen ist es auch in einigen Fällen schon zu spontaner Enteroanastomose gekommen.

In prophylaktischer Hinsicht stellen Verff. als wichtigstes Moment das Unterlassen jeglicher Taxis hin, da diese die Darmwandung stets schädigt. Eine etwa erforderliche Darmresektion darf nicht zu sparsam angelegt werden. Nach Ausbildung der Stenose ist die Operation der Wahl die Resektion; nur in besonderen Fällen soll man sich mit einer Anastomose begnügen. In die Resektion einzufassen ist ober-

halb der Verengerung der Darmteil, soweit er ausgedehnt ist, da es sich oft bei dieser Dehnung um ein submuköses Ödem, weniger um eine kompensatorische Hypertrophie handelt. **E. Moser** (Zittau).

---

11) **N. Allison.** The silver fork deformity.

(Interstate med. journ. 1905. Februar.)

Verf. legt bei der Reposition der Colles'schen Fraktur einen großen Wert auf eine überkorrigierte Stellung der Fragmente; denn nur dadurch kann eine wiedereintretende Dislokation verhütet werden.

Er hat ein 5jähriges Mädchen und einen 7jährigen Jungen — letzterer hatte eine Epiphysenlösung —, deren Fragmente trotz vorgenommener Reposition deform verheilt waren, osteotomiert. Die Fixation wurde durch eine volare Gipsschiene bewirkt. Heilung erfolgte per primam. **Höfmann** (Heidelberg).

---

12) **C. Féré** et **J. Perrin.** Note sur des anomalies des doigts et en particulier du petit doigt valgus.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 1.)

Gegenstand der Abhandlung sind jene meist als funktionelle beschriebenen Verbiegungen der Fingerenden nach innen gegen die Längsachse der Hand. Verff. sind der Überzeugung, daß hierbei, besonders wenn starke Abbiegung des Nagelgliedes am kleinen Finger dabei vorkommt, weit mehr neuropathische Belastung ätiologisch von Belang ist, wie eine Untersuchung von 180 Irren zu bestätigen scheint: Sie boten teils einseitig, teils beiderseits in fast 39% der Fälle das Bild der Dig. V valgus, gegen 19% bei normalen Arbeitern. Weitere Einzelheiten wolle man im Originale verfolgen, welches die photographische und röntgenographische Abbildung einer typischen Beobachtung wiedergibt. **Christel** (Metz).

---

13) **Parona.** Della legatura della vena poplitea nelle varici alle gambe.

(Policlinico 1904. Ser. chir. Nr. 8 u. 9.)

Normalerweise geht der Blutstrom im Bein aus den oberflächlichen Venen in die Tiefen. Die Anastomosen zwischen den Ästen der Saphena und der Poplitea, die in die Wadenmuskeln führen, zeigen Klappen mit nach innen gerichteter Konvexität. Bei Varicen sind diese Klappen insuffizient oder fehlen. P. hat zahlreiche Injektionen an Leichen mit und ohne Varicen gemacht. Im ersteren Falle kann man die oberflächlichen Venen von den tiefen aus nicht injizieren: da wo sich Varicen der oberflächlichen Venen fanden, waren stets auch die tiefen erweitert. P. hält daher letztere für primär verändert. Dabei bleibt die Poplitea selbst stets unverändert in ihrem Kaliber.

P. schlägt daher vor, statt der Trendelenburg'schen Operation die Unterbindung der V. poplitea zu machen, welche er selbst in 12 Fällen

mit Erfolg ausführte. Die Technik wird genau beschrieben, es wird empfohlen, als Unterbindungsstelle den oberen proximalen Teil der Kniekehle zu wählen, weil dann die Einmündungsstellen der Saphena parva und der in die Gemelli gehenden Äste vermieden wird, auch die Arterie weniger fest der Vene anliegt als im unteren Abschnitte. — Zahlreiche Krankengeschichten. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

---

14) **C. Viannay.** Étude critique sur l'opération de Trendelenburg.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 1.)

Mit diesem Namen will V. sämtliche Operationen belegen, die den Stamm der V. saphena angreifen in der Absicht, der Rückstauung des Blutes in ihrem Bereiche vom Herzen aus entgegenzutreten. Denn obgleich auch früher und relativ häufig Unterbindungen der V. saph. und Ausschneidungen variköser Venenhaufen vorgenommen wurden, hat doch erst Trendelenburg den Symptomenkomplex der Klappeninsuffizienz an der Saphena und der Rückstauung physiologisch begründet und die so entstehenden Zirkulationsstörungen zielbewußt durch die Unterbindung der Saphena heilen wollen. Der einfachen Unterbindung der V. saphena im Trig. Scarpae folgten bald eine Reihe von Modifikationen: Exzisionen von Teilstrecken, einer, mehrerer, der ganzen Vene, Unterbindung über dem Condyl. femoris u. a. Worin lag das Versagen dieser Methoden? V. hat die Operationen der Reihe nach an Leichen ausgeführt und dann sowohl retrograd als auch aufsteigend Injektionen vorgenommen, um durch Studium der Kollateralen die einzelnen Methoden bewerten zu können. Die retrograde Füllung der Saphena von der V. femor. aus gelingt ziemlich selten; die von Poirier besonders gewürdigte Klappe an der Saphenamündung hindert daran. Doch sind die Leichenversuche nicht ohne weiteres auf die Verhältnisse am Lebenden übertragbar; — denn die Rückstauung ist ja klinisch und manometrisch bewiesen. V. konnte an seinen Präparaten feststellen, daß in ca. 6,5% eine doppelte Saphena, in 47% eine Kollaterale im unteren Drittel des Oberschenkels besteht, die vom Unterschenkel bezw. der Saph. ext. herkommen; erwähnt und abgebildet sind aber nur die, welche bei den Injektionsversuchen die Verbindung vermittelten, zahlreiche andere kleine nicht. Danach ist die Unterbindung im unteren Drittel des Oberschenkels als durchaus illusorisch zu verwerfen, ebenso die Umschneidung nach Moreschi-Mariani — weil das Wiederwegsamwerden der Venenlichtungen durch die Narbe hindurch möglich ist. Berechtigt ist die Unterbindung im Trig. Scarpae mit Resektion einer größeren Strecke, und besondere Berücksichtigung einer zweiten V. saph. int., event. mit Hinzufügung weiterer etappenartiger Unterbindungen im übrigen Verlaufe der Vene; berechtigt ist — wenn auch vielleicht in den allermeisten Fällen entbehrlich — die ausgedehnte Exzision, die Narkose und ausgedehnte Naht — V. näht fortlaufend mit Catgut — erfordert, während für die oben empfohlenen Methoden lokale Anästhesie genügt. **Christel** (Metz).

Kleinere Mitteilungen.

15) Röntgenkongreſs.

Berlin, 30. April bis 3. Mai 1905.

Am 30. April fand die Eröffnung des Kongresses unter sichtbar ungünstigsten Auspizien statt. Der, dem die ganze Veranstaltung galt, Herr v. Röntgen, war — wie der Herr Ministerialvertreter sagte, aus Bescheidenheit, wie der Vorsitzende angab, wegen triftiger Gründe — nicht anwesend, Exzellenz v. Bergmann, der Ehrenvorsitzende, war aus Gesundheitsrücksichten verhindert. Der Vorsitzende, Herr Prof. Eberlein-Berlin eröffnete den Kongreß mit einer Ansprache, hinweisend auf die große Entdeckung und deren Bedeutung, und Herr Immelmann-Berlin machte den ungeheuren Wert der Röntgenstrahlen für die Medizin an einer großen Reihe von Projektionsbildern aus dem Gebiete der Anatomie, Physiologie und Pathologie klar.

Der wissenschaftliche Teil wurde eröffnet durch Herrn v. Leyden-Berlin mit einem Vortrag über die Röntgenphotographie und die Wirbel- und Rückenmarkserkrankungen.

Vortr. gab einen Überblick über die Bedeutung der Röntgenphotographie für die innere Medizin, insbesondere über die Grenzgebiete, die Erkennung der Lungen-, Herz-, Gefäß-, Magen- und Darmerkrankungen und ging dann auf den Wert derselben für die Erkennung der Nerven-, insbesondere der Rückenmarkserkrankungen ein. Abgesehen von den Fällen, die nach Verletzung die Differentialdiagnose Hämatom oder Fraktur sicherstellen, sind besonders die reinen Erkrankungen des Rückenmarkes zu erwähnen, die nach den erfolgreichen Versuchen, die v. L. zusammen mit Herrn Grunmach angestellt hat, auf dem Röntgenbilde deutlich mit einer Osteoporose einhergehen. Ein Reihe von Bildern illustrieren die anschließenden Krankengeschichten, die die Tabes, Poliomyelitis, Bulbärparalyse usw. betreffen.

In der Diskussion macht Herr Grunmach-Berlin auf einen interessanten geheilten Fall von Bruch des ersten Lendenwirbels aufmerksam und spricht dann über das Blendenverfahren bei Wirbelaufnahmen und über einzelne, durch die Röntgenstrahlen entdeckte Frühsymptome innerer Erkrankungen, den Pied tabetique usw.

Herr v. Leyden kommt noch mit einigen Worten auf die Therapie innerer Krankheiten, Leukämie, zurück.

Herr Grunmach-Berlin spricht des weiteren über diagnostische Erfolge der Röntgenstrahlen bei inneren Leiden, den großen Wert der Röhre, der Einstellung, der Abblendung, um keine Verschiebungen, keine unsicheren Resultate zu erhalten. Insbesondere macht er auf die so sehr differenten Resultate der Perkussion und des Röntgenbildes der Herzgrenzen aufmerksam und die Diagnose der Herzvergrößerungen durch das Bild. Die Frage der Verkleinerung des Herzens mit Bädern, kohlensauren, sinusoidalen, heißen Bädern usw. haben durch die Photographie dahin Aufklärung gefunden, daß diese Therapie gar keinen Einfluß hat. Die Gefäßerkrankungen, Aneurysmen, die Erkrankungen der Respirationsorgane, Lungenherde, Enchondrome des Larynx, die der Digestionsorgane, die Diagnose der Erkrankungen der übrigen Baucheingeweide erfahren eine kurze Beleuchtung.

In der Diskussion spricht Herr Cassirer-Berlin über die von Oppenheim und ihm diagnostizierten und photographierten Tumoren der Hypophysis cerebri und die sichtbare Erweiterung der Sella turcica bei dieser Erkrankung. Die ausgestellten Photogramme zeigen deutlich die zentralen und peripheren Veränderungen. Die übrigen Nervenerkrankungen, die die Röntgenstrahlen diagnostizieren können, werden kurz erwähnt.

Herr Hoffa-Berlin betont in seinem Vortrage den Einfluß des Röntgenverfahrens auf die Entwicklung der Orthopädie, die Ossifikations-

störungen, die angeborenen Mißbildungen, die Skoliosen usw. Besonders für die Frühdiagnose der Spondylitis tuberculosa, Spondylitis traumatica, der Bechterewschen Erkrankung ist das Röntgenbild unentbehrlich. Die Luxatio coxae congenita und ihre Resultate, die Coxa vara, werden vom Vortr. eingehender Würdigung unterzogen.

Die Frühdiagnose der Gelenkerkrankungen durch die Aufhellung der Epiphysen und Knochenschatten, die mit zunehmender Heilung wieder dunkler werden, wird im Röntgenbilde gut gestellt. H. streift dann noch die Deformitäten, die Erkennung der Strukturveränderungen im Knochen und die statischen Veränderungen derselben, die im Röntgenbilde gut erkannt werden.

Herr Bassenge-Berlin gibt einen kasuistischen Beitrag zur Diagnose von Paget's disease, der Osteomalakie durch die Röntgenstrahlen.

Herr Lenharz-Hamburg betont, daß das Röntgenbild bei der Lungenchirurgie von unerläßlichem Wert, daß das operative Vorgehen an der Hand des Bildes viel sicherer geworden ist. Daß aber das Röntgenbild auch zu einer Fehldiagnose führen kann, hat er in einem Falle von Lungengangrän mit einer Kaverne im Oberlappen und einer reaktiven Pneumonie des unteren Teiles desselben gesehen. Zu diesen Ausführungen von L. zeigt Herr Kiesling-Hamburg die Projektionsbilder der von L. operierten Fälle von Lungengangrän, die das mit Unterstützung der Röntgenaufnahmen zielsichere Vorgehen desselben glänzend beleuchteten. Diesen bedeutenden Wert der diagnostischen Röntgenaufnahmen bestätigen Herr Grunmach-Berlin und Herr Weinberger-Wien, der im besonderen darauf aufmerksam macht, daß es nur mit dem Röntgenbilde möglich ist, ganz kleine Herde in der Lunge zu diagnostizieren.

Herr Haret-Paris spricht im Auftrage von Tuffier über die Lokalisation von Fremdkörpern durch stereoskopische Röntgenaufnahmen.

Herr Settegast-Berlin über Röntgendiagostik bei Verletzungen der Malleolen und der Fußwurzelknochen. Er macht mit Recht darauf aufmerksam, daß von den Ärzten so häufig als Malleolenfraktur angesprochen wird, was nur schwere Weichteilverletzungen, Zerreißung der Ligamente usw. sind.

Herr Brauner-Wien erläutert die radiologische Diagnostik der Magenerkrankungen an einigen Fällen, die Deutung des Wismutbildes bei Tumoren. Herr Holzknecht-Wien glaubt, daß in Zukunft die Radioskopie mit ihrer Vervollkommnung der Radiographie den Vorrang streitig machen wird wegen ihrer Einfachheit, Schnelligkeit, der Möglichkeit, eine große Reihe von Einblicken in kurzer Zeit zu erlangen. Die Möglichkeit der Bewegung des Pat., Lageänderung usw. geben bei gewissen Erkrankungen viel sicherer Aufschluß als das photographische Bild.

Herr Becher-Berlin empfiehlt den leeren Schlauch für Magenuntersuchung' Herr Krafft-Straßburg legt Wert auf einen mit Quecksilber gefüllten Schlauch, weil dieser leichter eingeführt werden kann. Außerdem glaubt er, daß wir durch die Wismutmethode eine bedeutende Verbesserung der Diagnostik des Magengeschwürs erreichen werden, weil das Wismut sich als ein dicker Brei auf dem Geschwür festsetzt.

Über den Wert des Röntgenverfahrens in der Zahnheilkunde spricht Herr Miller-Berlin.

Herr Eberlein-Berlin sprach über Stand und Ziele der Röntgenologie in der Tierheilkunde. Herr Leonard-Philadelphia über seine Resultate bei der Diagnose der Nieren- und Harnleitersteine, Untersuchungen, die viel häufiger das Vorkommen von Harnleitersteinen zeigten, als man anzunehmen geneigt ist. Er projiziert eine Reihe von Nieren- und Harnleitersteinen. Über dasselbe Tema legen anstatt eines Vortrages die Herren Komas und Prio-Barcelona hervorragende Bilder vor. Die durch das Röntgenverfahren erheblich sicherer und zeitiger gestellte Diagnose, so führt Leonard mit Recht aus, hat die eventuelle Gefahr der Anurie erheblich herabgemindert, da es eine sofortige Operation an der richtigen Stelle ermöglicht. Herr Cowl-Berlin berichtet über Versuche, die er

mit der Photographie von Harnsäure- und anderen Steinen gemacht hat. In der Diskussion macht Herr Holzknecht-Wien auch darauf aufmerksam, daß ein Schatten in der Nierengegend nicht beweisend für einen Nierenstein ist. Er hat einen solchen Fall beobachtet, der ohne Grund operiert worden ist. Das Konkrement kann ein Darm- oder Pankreasstein gewesen sein. Man soll daher scharf darauf achten, ob das Konkrement der Gegend der Niere genau entspricht. Ferner gibt die Durchleuchtung von unten und die Durchleuchtung mit dem Kompressionsschirm genauen Aufschluß darüber, ob sich der präsumtive Stein, was notwendig ist, mit der Respiration verschiebt.

Über dieselben Fehlerquellen spricht Herr Albers-Schönberg-Hamburg und gibt einige bedeutsame Anhaltspunkte an einigen von ihm beobachteten Vorkommnissen, wo Darmsteine für Nierensteine und kleine Verknöcherungen des Bänderapparates der Articulatio sacro-il. für Harnleitersteine angesehen und operiert worden sind. Er hat unter den letzten 125 Nierensteinen in nur 60 Fällen mit der Röntgenphotographie ein positives Resultat erzielt und ist der Meinung, daß die Photographie niemals die klinischen Methoden der Untersuchung, Harnleiterkatheterismus, Kryoskopie usw. ersetzen kann oder gar überflüssig macht. Herr Wertheim-Salomonson macht auf die spezifische Lage der Harnleitersteine aufmerksam, die an der Prädilektionsstelle, der Einmündung des Harnleiters in die Blase, liegen. Herr Stieda will die Spina ischiadica für Fehldiagnosen von Harnleitersteinen verantwortlich machen, was Herr Albers-Schönberg bestreitet, da die Spina ischiadica viel tiefer liegt.

Herr Crzellitzer-Berlin hat an sich selbst Versuche angestellt über die strittige Frage, ob die angeblich unsichtbaren Röntgenstrahlen doch dem menschlichen Auge Lichtempfindung verursachen. Mittels einer dem Aubert'schen Diaphragma ähnlichen Blende von quadratischer Form konnte er nun messen, wie groß das Strahlenbündel sein muß, das gerade noch vom Auge wahrgenommen wird. Er fand eine Dicke von $2^1/_2$ mm. Da nun aber die Macula lutea 2,25 mm groß ist, so schließt er daraus, daß diese für Röntgenstrahlen unempfindlich sein muß, und es muß daher als ausgeschlossen betrachtet werden, mit den Röntgenstrahlen bei Blinden irgendwelche Erfolge zu erzielen.

Auch Herr Cowl-Berlin hat solche — sehr gefährliche — Untersuchungen gemacht und ist zu dem Resultat gekommen, daß die Röntgenstrahlen in der Tat sichtbar sind, und zwar in einer Stärke von ca. $^1/_{100000}$ Normalkerze.

Über Masernosteomyelitis im Röntgenbild, eine seltene Komplikation, spricht Herr Riedinger jun.-Würzburg im Hinblick auf einen von ihm beobachteten Fall. Herr Ludloff-Breslau zeigt eine Reihe von Photogrammen mit Verletzungen der Hals- und Lendenwirbelsäule, die ohne Röntgenbild einzig an ihren nervösen und sonstigen klinischen Symptomen nicht zu erkennen gewesen wären. Die Fraktur der Gelenkfortsätze vom Kreuzbein, die durch Hyperflexion oder Hyperextension hier zustande kommt, ist im Röntgenbild nur an ihren Kallusmassen und der Annäherung der Wirbelkörper aneinander zu erkennen.

Herr Levy-Dorn-Berlin berichtet über seine Erfahrungen auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und führt einige kinematographische Röntgenbilder vor. Für den vor der Photographie hervorragenden Wert der Schirmbetrachtung gibt er einige einschlägige Beispiele.

Herr Zondek-Berlin berichtet über einen sehr interessanten Fall von Aneurysma der Arteria cruralis, hervorgerufen durch eine traumatische scharfkantige Crista des Femur. Herr Wöhler-Wiesbaden, über Frühdiagnose der kindlichen Lungendrüsentuberkulose mit Projektionen.

In einer abendlichen Projektionssitzung wurde die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Diagnose und Kontrolle der Therapie der angeborenen Hüftluxation, für menschliche und tierische Mißbildungen und für die Rachitis sehr eingehend erörtert.

Der zweite Tag war der Technik der Durchleuchtung und Photographie, der Verbesserung der Resultate durch besondere Röhren, Blenden usw.

gewidmet. An den außerordentlich interessanten Vorträgen und Demonstrationen beteiligten sich in gleichem Maße Ärzte und Techniker.

Der dritte Tag beschäftigte sich ausschließlich mit dem noch nach vielen Richtungen hin nicht genügend erforschten Gebiet der Therapie durch Röntgenstrahlen. Zuerst wurde die Frage der Heilbarkeit des Karzinoms von mehreren Rednern diskutiert. Herr Lassar-Berlin sprach über den Wert und den ungeheuren Schaden, den die Röntgentherapie mit sich führen kann, je nachdem man vorsichtig oder leichtfertig mit derselben umgeht, und illustriert dies durch einige Beispiele aus der Praxis. Für den ungemeinen Wert der Röntgentherapie beim Karzinom demonstriert er eine Reihe von Pat., deren Aussehen vor der Behandlung an Moulagen gezeigt wird. Die Demonstrationen beweisen zum Teil, daß der große karzinomatös ulzerierte Tumor oberflächlich ausheilen kann, während das Gros des Tumors in der Tiefe noch persistent bleibt, während die Hautcancroide ausnahmslos geheilt worden sind. Auch die Hautsarkome, besonders die weichen, haben durch Röntgenbestrahlung Heilung gefunden, nachdem sie mehrfach operiert und rezidiviert waren. Die Lipomatosis wurde, wie Redner auch an einem Falle zeigt, ebenfalls durch Röntgenstrahlen günstig beeinflußt. Auf einige plötzliche Todesfälle, die während der Behandlungszeit aufgetreten sind, lenkt er noch die Aufmerksamkeit, und tritt der Frage näher, ob nicht die Röntgentherapie eine letale Wirkung auf das Allgemeinbefinden auszuüben imstande ist. Wieweit man nun mit der Röntgentherapie Karzinome überhaupt zu beinflussen vermag, sei noch nicht sicher. L. glaubt aber, daß die Tiefenwirkung der Röntgenstrahlen nicht mehr als $^1/_2$ cm beträgt, daß also große, tiefe Tumoren nicht viel zu beeinflussen sind. Herr Leonard-Philadelphia demonstriert einige Photographien zur Frage der Heilung der Hautkarzinome und Pseudoleukämie durch Röntgenstrahlen. Herr Albers-Schönberg-Hamburg zeigt einen Fall von großem Sarkom des Kopfes, das durch Röntgenstrahlen geheilt ist. Die Herren Bouchacourt und Haret-Paris geben ebenfalls ihre durchaus günstigen Erfahrungen über die Karzinomtherapie durch Röntgenstrahlen, die sie mit dem Namen Endodiatherapie belegen, und demonstrieren eine von ihnen für Bestrahlung von tiefen Höhlen konstruierte Röhre. Über die Dosierung, die Methode und die Indikation zur Bestrahlung bei Karzinom sprechen weiter Herr Immelmann-Berlin im Namen von Herrn Comas-Barcelona und Herrn Belot-Paris. Sie vertreten im allgemeinen den von Herrn Lassar eingenommenen Standpunkt. Bei den größeren Tumoren hat im besonderen Herr Belot keinerlei Erfolg aufzuweisen, wenn die Bestrahlung nicht bis zur Hautreaktion fortgeführt wurde. In diesem Falle konnte er eine sichtbare Verkleinerung der Tumoren konstatieren.

Insbesondere über die Therapie des Mammakarzinoms hat Herr Unger-Berlin wenig günstige Erfahrungen an 18 Fällen aufzuweisen. Er will an mikroskopischen Bildern nachweisen, daß die Grenze der Wirkung der Röntgenstrahlen bei ca. 5 mm Tiefe erreicht ist. Er hat allerdings in diesem Falle nur 10 Sitzungen vorgenommen. Redner kommt zu dem Schluß, daß kein Fall von Karzinom bestrahlt werden soll, der noch operiert werden kann. Auf demselben Standpunkt steht im allgemeinen Herr Sjögren-Stockholm, doch glaubt er, daß die Frage noch nicht ganz geklärt ist.

Herr Heinz Wohlgemuth-Berlin stellt demgegenüber einen Fall von apfelgroßem ulzerierten Karzinom der Mamma vor, das, seit 7 Jahren bestehend, durch 52 Bestrahlungen von je 5 Minuten Dauer mit harten Röhren verschwunden ist, und zwar durch Schrumpfung ohne jede Abstoßung. Eine haselnußgroße Achseldrüse ist ebenfalls verschwunden. W. legt besonders Wert auf diesen Fall im Gegensatz zu Herrn Unger, da hier eine sichtbare Tiefenwirkung der Röntgenstrahlen nicht abzustreiten ist. An Stelle des Tumor ist jetzt nur eine flache Narbe vorhanden. In einem Falle von inoperablem Uteruskarzinom hat W. seit mehr als $1^1/_2$ Jahren Besserung erzielt, Heilung bei einem Falle von schwerster, keiner Behandlung weichender Occipitalneuralgie. W. will in dem Karzinomfalle durchaus nicht von einer definitiven Heilung sprechen, nur dartun, daß die Röntgentherapie in gewissen Fällen, die nicht operiert werden können, auch mehrere Zentimeter

tiefe Tumoren zum Schwinden bringen kann. Er hat die Bestrahlungen nie so weit ausgedehnt, daß eine Hautreaktion eintrat, sondern sobald eine solche einzutreten schien, Pausen eintreten lassen. Er glaubt es diesem Umstande zuzuschreiben, daß das Karzinom nicht zerfallen ist und sich abgestoßen hat, sondern ohne jede merkbare Sekretion zurückgegangen ist. Ob die Röntgenstrahlen hier direkt letal auf die Karzinomzellen eingewirkt, ob sie die normalen Körperzellen durch ihre geringe Dosierung im Sinn einer besseren Verteidigung beeinflußt haben, die Frage muß noch offen bleiben. W. legt aber Wert darauf, daß bei der Behandlung tiefer Tumoren nur durchaus harte Strahlen angewendet werden, die die Haut nicht schädigen, d. h. von ihr nicht absorbiert werden.

Herr Schmidt-Berlin stellt eine Reihe von geheilten Cancroiden vor. Über die Dosierung der Bestrahlung und die Verbesserung der Apparate dazu sprechen weiter die Herren Goehl-Halle, Kienböck-Wien; Strebel-München über die Wirkung der äußeren Kathodenstrahlen bei der Therapie.

Zur Diskussion sprechen Herr Grunmach-Berlin in bezug auf die Heilung der Psoriasis, Herr Kolley-Insterburg, der die Karzinome alle, wie und wo sie auch angetroffen werden, der chirurgischen Behandlung vorbehalten wissen will. Herr Krafft-Straßburg und Herr Lewy-Dorn-Berlin legen bei der Therapie Wert auf die Intensität der Strahlen. Ersterer macht mit Recht darauf aufmerksam, daß man mit der Bestrahlung oft eine Zerstörung der Haut hervorruft, bevor man eine Wirkung auf das darunter liegende Gewebe ausübt, das getroffen werden soll, wenn man mit weichen Strahlen operiert. K. gibt noch ein sehr einfaches Verfahren an, die nächste Umgebung durch Aufstreichen einer Bismutpaste zu schützen. Herr Unger-Berlin empfiehlt bei der Beurteilung der Heilung der Karzinome etwas mehr Skepsis und Kritik.

Andere Redner machen auf das nicht selten auftretende Resorptionsfieber, Beschleunigung der Herztätigkeit, Vermehrung der Leukocytose bei der Bestrahlung aufmerksam.

Herr v. Poehl-St. Petersburg spricht über Versuche, die er mit Prof. Fürst Tarchanoff 1903 gemeinsam ausgeführt und die ihnen zeigten, daß verschiedene Lecithine die Radiumemanation fixieren. Solche radioaktivierten Lecithine werden zur subkutanen Injektion angewandt. Die Einführung solcher Akkumulatoren in die Blutbahn hat gewiß therapeutische Bedeutung. Nun haben die Lecithine der organotherapeutischen Präparate elektive Eigenschaften. Die Prüfung der radioaktivierten Organopräparate auf die photographische Platte zeigt, daß z. B. das Mammin und das Hepatin stark aktiviert werden können, und daß diese Aktivierung 3—4 Tage anhält.

Die Diskussion bewegt sich dann weiter über die Frage der beobachteten plötzlichen Todesfälle, von denen aber kein Fall so einwandsfrei ist, daß er der Bestrahlung zur Last gelegt werden kann. Es handelte sich um sehr alte Personen, nur in einem Falle um ein jüngeres Individuum, das aber an Sarkomen litt und nicht zur Sektion kam. Zum Schluß betonte Herr Wohlgemuth-Berlin noch einmal, daß ja nicht die Frage entschieden werden soll, ob nun die Karzinome und Sarkome chirurgisch oder mit Röntgenstrahlen behandelt werden sollen, sondern daß nur eine Anschauung erzielt werden soll, was mit der Röntgenbestrahlung, und nach welchem modus procendi zu erreichen ist.

Die zerstörende Wirkung der Röntgenstrahlen, insbesondere ihren deletären Einfluß auf die Biologie der drüsigen Organe — bekannt sind die Experimente auf die Tierhoden — haben Herrn Hennecart-Sedan Veranlassung gegeben, den Schutz der sozialpolitischen Gesetzgebung gegen event. beabsichtigte Wirkungen auf die drüsigen Sexualorgane anzurufen. Er betont eine Nécessité d'une législation speciale pour les rayons de Roentgen, und man kam überein, daß grundsätzlich von der allgemeinen und Medizinalgesetzgebung anerkannt werden müßte, daß die Untersuchung und Behandlung mit Röntgenstrahlen nur von Ärzten ausgeübt werden dürfe. Auf Antrag von Herrn Wolf Becher-Berlin wurde eine einstimmige Resolution dahin gefaßt, daß diese Erklärung den Staatsbehörden und ärztlichen Körperschaften unterbreitet werden soll. Herr Ehrenfried-Berlin

demonstrierte den Wert des Röntgenbildes zur Diagnose des Situs inversus, Herr Schürmeyer-Berlin über die normale und pathologische Zwerchfellbewegung im Röntgenbilde, wozu Herr Krafft-Straßburg bemerkt, daß die erschwerte Ausatmung bei vielen Pat. dadurch hervorrufen wird, daß, wie man im Röntgenbild erkennen kann, das abnorm hoch hinaufgehende Zwerchfell das Herz bedrängt, seine Basis, besonders die des hypertrophischen Herzens verbreitert. Herr Robinson-Wien) zeigt an Röntgenbildern, daß man durch Injektion reinen Sauerstoffs in die Gelenke Bänder, Knorpel usw. besser sichtbar machen kann. Zum Schluß spricht noch Herr Immelmann-Berlin über Orthodiagraphie und Orthophotographie des Herzens, Herr Weinberger-Wien über Dickdarmerkrankungen im Röntgenbild und Herr Drüner-Frankfurt a. M. über ein neues stereoskopisches Verfahren für die Lagebestimmung von Fremdkörpern. **Wohlgemuth** (Berlin).

16) **Holzknecht** und **Robinson.** Das Trochoskop, ein radiologischer Universaltisch.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 3.)

Verff. beschreiben die Vorzüge des nach ihren Angaben von Reiniger, Gebbert & Schall hergestellten radiologischen Untersuchungstisches.

Dadurch, daß die Röntgenröhre unter dem Tische angebracht ist und durch einfache Vorrichtung in jede beliebige Stellung gebracht werden kann, ermöglichen sich eine große Zahl von Durchleuchtungsrichtungen, die sonst unmöglich oder aber wegen ihrer Unbequemlichkeit nicht beliebt sind, so die dorsoventrale Aufnahme des Brustkorbes.

Es gestattet ferner das Trochoskop, die Vorteile der Kompressionsblende auch auf die Durchleuchtung anzuwenden, sodann Fremdkörperoperationen bei abwechselndem Tages- und Röntgenlicht. Endlich leistet das Trochoskop wichtige Dienste bei radiologischen Funktionsprüfungen und kann ebenso gut als Ortho- wie als Stereodiagraph Verwendung finden. **Gaugele** (Zwickau i. S.).

17) **Robinson.** Zur Vereinfachung der Blendentechnik. Die Winkelblende.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII. Hft. 3.)

Die meisten bisher angegebenen Blendenvorrichtungen bezweckten eine Ausschaltung der von der Glaswand der Röhre herrührenden Sekundärstrahlen (exogene Strahlen).

Nach den neuesten Forschungen ist es aber viel richtiger, die im Objekte selbst entstehenden sogenannten endogenen Strahlen unschädlich zu machen. Dies konnte aber durch die bisherigen »röhrenständigen« Blenden nicht erreicht werden; Verf. empfiehlt deshalb seine »objektständige« Winkelblende, die aus einem 1 mm dicken, beiderseits mit Kautschuk überzogenem Bleiplattenpaar besteht und das zu photographierende Objekt auf das genaueste abgrenzen läßt.

Als besondere Vorzüge nennt Verf. die leichte und praktische Anwendung seiner Winkelblende und ihre Billigkeit, während er andererseits die Unersetzlichkeit der Kompressionsblende von Albers-Schönberg für gewisse Aufnahmen (Lendenwirbelsäule, Kreuzbein, Nieren- und Blasensteine) vollauf anerkennt.

Gaugele (Zwickau i. S.).

18) **Djémil Pascha** (Constantinopel). Essais de traitement du cancer par les rayons Roentgen.

(Revue de chir. XXVI. ann. Nr. 1.)

Nach den günstigen Mitteilungen von Doumer, Lemoine und Perthes hat auch Verf. Versuche mit der Bestrahlung bösartiger — besonders Brustdrüsengeschwülste begonnen. Die erkrankten Stellen wurden 2 bis 15 Minuten, bei 25 cm Röhrenabstand in 40 bis 66 Sitzungen der Wirkung ausgesetzt, die 3mal

(bei zwei Brustkrebsen und einem Epitheliom der Nase) seit 5 Monaten andauernde Heilung und 3mal Besserung erzielte, darunter eine besonders auffallend bei einer äußerst heruntergekommenen Kranken mit Magenkarzinom.

D. sieht hierin eine bakterizide Wirkung der Bestrahlung und hofft, daß bei weiterer Entwicklung des Verfahrens die Indikationen seiner Anwendung wachsen werden. **Christel** (Metz).

19) W. Ackermann. Trauma and chronic compression of the epigastrium as etiological factors of gastric ulcers.

(Med. news 1905. Januar 14.)

Die immer noch strittige Frage von der Ätiologie des Magengeschwüres wird an der Hand von 16 poliklinisch behandelten Fällen erörtert und dabei in der Anamnese besondere Aufmerksamkeit traumatischen Einflüssen gewidmet. Obgleich Verf. dem Trauma im allgemeinen nur die Rolle eines Gliedes in der Kette der Ursachen des Magengeschwüres zuerkennt, so hält er dasselbe doch in den angeführten Fällen für ausschlaggebend.

Alle Fälle bis auf einen bieten nebenbei soziales Interesse, weil sie sich auf länger einwirkende, berufliche Schädlichkeiten zurückführen lassen.

Es werden nämlich in den Anamnesen einerseits gebückte Haltung, wie sie bei Näherinnen, Schneidern, Schreibern usw. zum Tagwerke gehören, andererseits Druck von Gegenständen auf das Epigastrium, wie eine zu enge Koppel und das Tragen schwerer Lasten mit Hilfe Anstemmens an den Brustkorb dafür verantwortlich gemacht.

In einem Falle hatte ein Hufschlag ein Magengeschwür hervorgerufen, welches später karzinomatös degenerierte.

In Anbetracht der beruflichen Natur des Traumas in den beschriebenen Fällen spielt die Prophylaxe therapeutisch die Hauptrolle. **Hofmann** (Heidelberg).

20) J. S. Chenoweth. Appendicitis, as a visceral manifestation of erythema exsudativum multiforme.

(Med. news 1905. März 4.)

Verf. berichtet über zwei Fälle von Erythema exsudativum multiforme, das unter sehr stürmischen Erscheinungen verlief und mit einem Appendicitisanfalle beide Male verbunden war. Die Fälle betrafen einen 14- und einen 15jährigen Knaben. Ersterer hatte das Erythem schon zu wiederholten Malen. Da in beiden Fällen die klinische Diagnose keinen Zweifel ließ, wurde operiert. Der Wurmfortsatz hatte beidemal eine dicke, gequollene Wandung. Letztere, sowie das Mesenteriolum zeigten sich hämorrhagisch infarziert. Das Innere des Wurmfortsatzes enthielt das eine Mal koaguliertes Blut und Eiter, das andere Mal schleimigen Inhalt. Dem entsprach auch, daß die klinischen Erscheinungen des ersten Falles alarmierender waren. Verf. nimmt somit eine Infektion des Extravasates an.

Leider ist über den interessanten pathologischen Befund kein mikroskopischer Bericht gegeben. Es wäre das um so wünschenswerter, als der hier bestehende Zusammenhang zwischen Blutung und Infektion für die Meisel'sche Theorie der Thrombose der Mesenterialgefäße eine Stütze zu bieten scheint.

Hofmann (Heidelberg).

21) Bobbio. Due casi di rottura traumatica sottocutanea dell' intestino libere.

(Giorn. di R. accad. di med. di Torino 1905. Nr. 3.)

Zwei Fälle von Ruptur der Wand einer Hernie, einmal durch Fall auf den Bauch, das andere Mal durch Fußtritt gegen die Leistengegend. Symptome von Peritonitis bei reponibler Hernie. Beide Kranke starben trotz Operation. Die gerissene Schlinge fand sich innerhalb des Bauches nahe der Bruchöffnung. In der Literatur finden sich nur drei sichere Fälle. Die Ruptur kann zustande kommen entweder durch direkte Quetschung der Darmes oder durch Platzen einer ge-

füllten und im Leistenkanale fixierten Schlinge. Im letzteren Falle muß der Riß an der Konvexität der Schlinge liegen. In den Fällen B.'s scheint dies der Fall gewesen zu sein, im ersten verlief er parallel, im zweiten senkrecht zur Darmachse.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

22) **A. Sellenings.** Superficial inguinal hernia, with report of a case.
(Med. news 1905. März 18.)

Die von Küster unter dem Namen der inguino-superficialen Hernien beschriebenen Brüche werden durch einen weiteren bereichert. Die Gesamtzahl der mitgeteilten Fälle berechnet Verf. auf 27.

Im vorliegenden Falle handelt es sich, wie bei fast allen beobachteten interparietalen Hernien, um einen eingeklemmten Bruch. In diagnostischer Beziehung macht Verf. auf eine Schwierigkeit aufmerksam, die schon Macready erwähnt, nämlich, daß ein Schenkelbruch vorgetäuscht werden kann. Auch im vorliegenden Falle wurde zuerst ein solcher diagnostiziert.

Ein eigentlicher Leistenkanal bestand nicht, und es lagen innerer und äußerer Leistenring in einer geraden Richtung. Die Inkarzeration wurde durch den inneren Leistenring hervorgerufen. Der Hoden lag im Leistenkanal und war atrophisch. Ein Abpräparieren des Samenstranges war unmöglich, so daß der Hoden geopfert werden mußte.

Verf. bekennt sich zu der Anschauung, daß eine mangelhafte Entwicklung des Gubernaculum Hunteri die Ausbildung der superficialen Hernie dadurch begünstige, daß der Bruchsack seinen Weg nach der Gegend des geringsten Widerstandes, d. h. unter die Haut nehme. **Hofmann** (Heidelberg).

23) **Bainbridge.** Multiple herniae.
(Buffalo med. journ. 1905. April.)

Fall von multipler Hernienbildung bei einer 45jährigen Frau, nämlich einem Schenkelnetzbruch und von fünf Brüchen in der Linea alba. Die oberste war eine kleine Hernia epigastrica mit Netzinhalt, darunter eine Entero-Epiplokele des Nabels; die drei nächsten, unterhalb des Nabels liegenden, enthielten ebenfalls Netz bezw. Darm, die unterste war eine typische, kleine, epigastrische Hernie mit präperitonealem Lipom und Netzzipfel. Alle Hernien wurden in einer Sitzung operiert, und außerdem noch gleichzeitig eine Ausschabung der Gebärmutter und Ventrofixation und schließlich noch eine Entfernung des erkrankten Wurmfortsatzes vorgenommen! Heilung. **Mohr** (Bielefeld).

24) **P. A. Baratynski.** 250 Operationen wegen Hernien.
(Russ. Archiv für Chirurgie 1904. [Russisch.])

Aus diesem Bericht über 186 Bruchleidende sei folgendes hervorgehoben.

Von den verschiedenen Methoden der Radikaloperation kamen die Bassinische und die Kocher'sche am häufigsten zur Anwendung: Bassini 83mal, Kocher 39mal (und zwar die Invaginationsverlagerung 23mal, die Verlagerungsmethode 16mal). Bassini kam hauptsächlich zur Anwendung bei Pat. im 4. und 6. Jahrzehnt mit größeren Brüchen und Bruchpforten: Infektionen 12,2%, Rezidive 9,2%. Kocher kam häufiger zur Ausführung bei den übrigen Jahrzehnten mit kleineren Brüchen und Bruchpforten: Infektionen 7,2%, Rezidive 18%. Hinzuzufügen ist, daß bei der Kocher'schen Operation häufiger zu versenkten Nähten Rentiersehnen verwendet werden, die sich als ganz unbrauchbar für Hernien erwiesen haben. (Ein Pat. bekam sowohl nach Kocher, wie nach Bassini sein Rezidiv, und zwar nach 5 resp. 8 Monaten.)

B. ist auf Grund eigener und fremder Erfahrung ein Gegner der Taxis, zumal wenn der Bruch länger als 12 Stunden eingeklemmt ist. Sie sollte überhaupt nur versucht werden, wenn die Operation kontraindiziert ist.

V. E. Mertens (Breslau).

25) **A. E. J. Barker.** Three cases illustrating the condition of the small intestine some years after extensive enterectomies.

(Lancet 1905. April 22.)

Verf. hatte Gelegenheit, drei Pat. zu relaparotomieren, die jahrelang vorher wegen Ileus usw. ausgedehnte Darmresektionen durchgemacht hatten. Er fand eine außerordentliche Wandatrophie, Schlaffheit und peristaltische Trägheit der proximal von den Resektionsstellen gelegenen bezüglichen Dünndarmschlingen. Er führt diese Dauerzustände, die subjektiv und objektiv keine bestimmten Beschwerden machten, nicht sowohl auf die Erschöpfung durch Überdehnung des Darmes infolge des früher vorhandenen Hindernisses zurück, als vielmehr auf frühere Schädigung der ganzen Darmwand durch Sättigung mit Toxinstoffen aus dem fermentativen Inhalte des Darmtraktus. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

26) **Glöye.** Ein Fall von multipler Knochenbrüchigkeit.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

In der chirurgischen Universitätsklinik in Kiel wurde ein 16jähriger Dachdeckerlehrling mit Oberschenkelbruch aufgenommen, der bis zu seinem 16. Lebensjahre an beiden Beinen nicht weniger als zehn Frakturen und Infraktionen erlitten hatte, die sämtlich ohne jede schwerere Gewalteinwirkung, zum Teil auch spontan, eingetreten waren. Konstitutionsanomalien, Rachitis usw. nicht nachweisbar. Sämtliche Knochen auffallend dünn und schwächlich. Die Röntgenuntersuchung ergibt hochgradige Atrophie des Knochengewebes, das fast nur aus Spongiosagewebe besteht. Die Corticalis der Röhrenknochen fehlt fast gänzlich. Therapie außer der lokalen Extensionsbehandlung Phosphorlebertran und Thyreoidintabletten. G. sieht hierin einen Fall von echter idiopathischer Osteopsathyrosis. Bezüglich der Pathogenese schließt G. sich der Ansicht Schuchardt's an, nach welcher diese Erkrankung auf einer periostalen Dysplasie beruht.

Deutschländer (Hamburg).

27) **Vormann.** Über einen mit Hilfe des Röntgenbildes festgestellten Fall von hochgradigen Knochenzerstörungen bei Gicht.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1905. Hft. 2.)

Die Röntgenographie der linken Hand eines Gichtikers zeigte muldenförmige Auskehlungen an den Rändern der Fingerglieder, ferner als helle Stellen erscheinende kleine Hohlräume in den Phalangen selbst. Diese Auskehlungen und Hohlräume entsprechen den durch die im Röntgenbilde nicht sichtbaren, eingelagerten Harnsalze hervorgerufenen Knochenzerstörungen. **Herhold** (Altona).

28) **Hebert.** Deux cas de rhumatisme chronique évoluant sur terrain rachitique.

(Revue d'orthopédie 1904. Nr. 6.)

Verf. stellt zwei Beobachtungen bei Frauen in höherem Alter zusammen mit chronischem Rheumatismus — nach der Beschreibung deformierenden Charakters —, wo die Veränderungen sich eigentümlicherweise hauptsächlich auf die Gelenke beschränkten, die in der Jugend Sitz hochgradiger rachitischer Erkrankung waren. Es liegt nahe, in diesen Gelenken einen Locus minoris resistentiae anzunehmen, auf welchem sich der spätere Gelenkrheumatismus festsetzte.

Herm. Frank (Berlin).

29) **N. M. Wolkowitsch.** Zur Frage der operativen Heilung der Tuberkulose der großen Gelenke der Extremitäten, speziell deren Resektion.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1904. [Russisch.])

Der relativ kurzen Arbeit liegen 92 Gelenkresektionen (16 Hüften, 28 Knie, 33 Fußgelenke inkl. Talocruralgelenk, 11 Ellbogen, 4 Handgelenke) zugrunde. Bei der Fülle der gebrachten Einzelheiten ist es leider unmöglich auf alles einzugehen.

W. läßt eine konservative Behandlung gelten, wo ein deutlicher, wenn auch unterbrochener Fortschritt zum Besseren wahrzunehmen ist, sonst aber operiert er. Offenbar ist er ein Anhänger der operativen Therapie. Hohes Alter ist für ihn keine Kontraindikation; sein ältester Pat. (»modifizierter Wladimiroff-Mikulicz«) war 73 Jahre alt. Getreu seinem Grundsatze, daß die Kranken vor allen Dingen wieder — und zwar ohne Krücken — auf die Beine zu bringen sind, macht er die Gelenkresektion auch bei bestehender Lungenaffektion; durch Elimination des fistulösen, schwächenden Gelenkherdes wird der Pat. gekräftigt zur Überwindung der Lungenkrankheit. Nur die Operation gibt einige Aussicht auf Dauerheilung; denn scheinbar ausgeheilte Herde können plötzlich wieder aufflackern usw.

Bei den Operationen wird vor allen Dingen danach gestrebt, daß die Gelenke überhaupt nicht eröffnet werden, sondern auch nach Durchsägung der Knochen vollständig geschlossen sind. Nächst genauer Adaptierung der Sägeflächen wird sodann in erster Reihe darauf gesehen, daß keine toten Räume in der Wundhöhle entstehen, die die Heilung verzögern, wodurch wiederum das Auftreten von Rezidiven in den Knochen begünstigt wird. **V. E. Mertens** (Breslau).

30) **J. Fessler.** Über erstarrende Verbände, besonders Gipsverbände mit Drahteinlagen.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. III. Hft. 1.)

Um den Gipsverband, der in der Hand des praktischen Arztes so überaus wichtig ist, von geringerem Gewichte herzustellen, empfiehlt Verf., in diesen Verband, der nach der gewöhnlichen Methode angelegt wird, Drahteinlagen einzuwickeln. In den meisten Fällen wird schon ein Messingdrahtnetz von etwa 0,5 mm Dicke, 2 zu 4 mm Maschenweite genügen, wie es in den meisten Drahtgespinstfabriken vorrätig ist. Derartige Verbände haben neben anderen Vorzügen den großer Billigkeit.

Als Ersatz des Gipsbreies kann man auch flüssiges Zelluloid zum Bindemittel verwenden; doch brauchen solche Verbände einige Tage zur Herstellung.

Hartmann (Kassel).

31) **P. Tridon.** Un cas de surélévation congénitale de l'omoplate.

(Revue d'orthopédie 1905. Nr. 1.)

26monatiges Mädchen mit linksseitigem Schulterhochstand, welcher im 5. Lebensmonate zum erstenmal bemerkt wurde. Kein Anhalt zur Erklärung der Entstehungsweise. Vorläufig scheinen noch keine Funktionshemmungen vorzuliegen, trotz fast vollkommener Unbeweglichkeit des Schulterblattes, welche den Verdacht auf knöcherne Fixation nahelegt. Im Röntgenbilde würde in diesem Stadium der Knorpelbildung natürlich noch keine Entscheidung zu finden sein.

Herm. Frank (Berlin).

32) **Jardry.** Myosite ossifiante du brachial antérieur après hématome chez un hémophile.

(Revue d'orthopédie 1904. Nr. 6.)

Ein $4^1/_2$jähriges Bluterkind — auch zwei Brüder sind Bluter in der sonst gesunden Familie — fällt durch einen Stoß auf die Knie und fährt mit dem Kopfe gegen eine Wand, wobei es das Gesicht mit dem vorgehaltenen Ellbogen schützt. Bluterguß am Ellbogen, dessen Gelenk sich versteift. Erst nach 5 Monaten wird es dem Arzte gezeigt, welcher auch im Röntgenbilde eine bogenförmige knöcherne Brücke zwischen Ober- und Unterarm findet, verknöcherte Muskelsubstanz.

Herm. Frank (Berlin).

33) **Schilling.** Ein Fall von doppelseitiger Synostose des oberen Radius- und Ulnaendes.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

Bericht über ein 11jähriges Mädchen, welches rechts eine Synostose mit gleichzeitiger Verrenkung des Radiusköpfchens und Wachstumsverkürzung des Radius,

links nur eine Synostose zwischen Radiusköpfchen und Ulna hatte. Auf der linken Seite wurde operativ eingegriffen und durch Interposition eines gestielten Muskellappens ein befriedigendes funktionelles Resultat erzielt. Die Ätiologie dieses Prozesses ist unklar. Es ist zweifelhaft, ob es sich um ein angeborenes oder um ein später erworbenes Leiden handelt. Der Umstand, daß sich bei der Operation auf der linken Seite keine Corticalisschicht als deutliche Knochengrenze feststellen ließ und die Spongiosa des Radius direkt in die der Ulna überging, ferner das Fehlen eines Trauma in der Anamnese und die Doppelseitigkeit des Leidens scheinen dem Verf. für eine allerdings bisher noch nicht beobachtete angeborene Erkrankung zu sprechen. **Deutschländer** (Hamburg).

34) **E. Jouon.** Déformation de l'avant bras par arrêt de dévellopement de l'extrémité inférieure du cubitus, de cause inconnue.

(Revue d'orthopédie 1905. Nr. 1.)

Es handelt sich um ein jetzt 11jähriges Mädchen, bei welchem die charakteristische Umbiegung des Armes nach der ulnaren Seite erst vor 2 Jahren sich bemerkbar gemacht hat, wie mit aller Bestimmtheit versichert wird. Das Interessante liegt in dem Fehler jeglicher Erklärung für das Entstehen desselben, keine Verletzung, kein Virus, keine Rachitis, weder eine allgemeine, noch sonstige örtliche Störung. **Herm. Frank** (Berlin).

35) **C. Nélaton.** Du traitement de l'ankylose du poignet d'origine blennorrhagique.

(Revue d'orthopédie 1905. Nr. 1.)

Bei gonorrhoischer vollkommener Handgelenksversteifung hat der Autor in einem Falle nach Resektion einer Handwurzelknochenreihe ebenso wie nach einer zweiten Resektion der übrigen Handwurzelknochen und Einschiebung eines Sehnenstreifens vollen Mißerfolg gesehen, dagegen in einem zweiten Falle, wo statt des letzteren Muskelfleisch eingelagert wurde, ein vortreffliches Ergebnis bezüglich Beweglichkeit und Kraftentwicklung erzielt. Das Muskelstück von etwa 4 cm Länge und 2 cm Breite wurde dem äußeren Rande des M. extensor communis mit breiter Sehnenbasis entnommen. Wichtig ist vollkommene Blutstillung.

Herm. Frank (Berlin).

36) **Ross.** Beitrag zur Lehre von den schnellenden Fingern.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

Bericht über zwei Fälle. In dem einen handelte es sich um eine spindelförmige Verdickung des Flexor sublimis dig. IV dicht vor der Gabelung, in dem anderen um ein abnorm bewegliches, an der Basis der Endphalange des Daumens fixiertes Sesambein von der Größe einer halben Erbse, welches sich bei der Streckung zwischen die Gelenkflächen schob. In beiden Fällen glatte Heilung durch Exstirpation. **Deutschländer** (Hamburg).

37) **E. Roucayrol.** Contribution à l'étude de la syndactylie et de l'ectrodactylie.

(Revue d'orthpédie 1905. Nr. 1.)

Interessant an dem 18jährigen Arbeiter ist neben der seltenen Lokalisation der Finger- und Zehenverbildungen — Verwachsung des Daumens und Zeigefingers (daneben ein überzähliger Fingerstummel) und Fehlen zweier Zehen und Mittelfußknochen aus der Mitte des Fußes (II und III), nicht von den Seitenteilen — die Familienbelastung: Großmutter und Oheim haben Ektrodaktylie, seine Mutter ist zweimal verheiratet. Die Kinder der ersten Ehe mit einem Nichtblutsverwandten sind normal; von den fünf Kindern der zweiten Ehe mit einem Vetter — bei welcher also beide Teile an sich normal aber erblich belastet sind —, haben die drei Söhne Ektrodaktylie, die beiden Mädchen sind normal gebildet.

Herm. Frank (Berlin).

38) C. Ritter. Eine Modifikation der Dittel'schen Stangen.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. III. Hft. 1.)

Da die Dittel'schen Stangen bei Beckenverbänden in ihren oberen Partien nicht in den Verband einbezogen werden können, kann auch der Halt, den ein solcher Verband dem Pat. geben soll, schon bei normaler Lordose kein idealer sein, und der Verband wird sich daher noch weniger gut der Form anschmiegen, wenn wir es mit einer stärkeren Krümmung der Wirbelsäule zu tun haben. An der Hand mehrerer Abbildungen beschreibt R. einen kleinen Apparat, der diesen Fehler vermeiden soll. Zwei abgerundete Dittel'sche Stangen, die an dem einen Ende durchlocht sind, werden durch einen Stift auf den Falz eines oder zweier breiter eiserner Fußgestelle gelegt. Mit dem anderen Ende kommen sie auf ein Bänkchen zu liegen. Während nun der Oberkörper des Pat. allein auf einem harten Kissen ruht, schweben Becken und Beine vollkommen frei auf den Stangen, so daß sie von allen Seiten bequem mit Bindentouren umgangen werden können. Ist der Verband angelegt, lassen sich die Stangen äußerst bequem aus ihm herausziehen.

In neuerer Zeit benutzt R. ein etwas handlicheres Gestell, das an jeder Tischplatte befestigt werden kann. Die eisernen Fußgestelle sind durch Eisenhülsen ersetzt, die sich in einem länglichen eisernen Rahmen hin und her bewegen lassen, und die in jeder gewünschten Stellung durch Schrauben fixiert werden können.

Hartmann (Kassel).

39) Meyer. Beitrag zur Kasuistik der akuten Beckenosteomyelitis.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

M. berichtet über drei mit Aufmeißlung behandelte Fälle von akuter Beckenosteomyelitis, von denen einer geheilt wurde, die anderen starben. Der geheilte Fall gehörte der umschriebenen Form an; der Sitz der Erkrankung lag mehr in den hinteren Teilen des Darmbeines, der Prozeß griff sogar zum Teil schon auf das Kreuzbein über. Bei den beiden anderen war die Erkrankung mehr diffus und in den der Pfanne benachbarten Teilen lokalisiert. Bezüglich der Therapie empfiehlt M., sich nicht bloß auf die Spaltung der vorhandenen Abszesse zu beschränken, sondern gleichzeitig auch den Knochenherd aufzumeißeln.

Deutschländer (Hamburg).

40) Brinkmann. Zwei Fälle von Exarticulatio coxae wegen tuberkulöser Koxitis.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

Mit Rücksicht auf die Seltenheit dieses Eingriffes bei der streng konservativen Behandlung berichtet B. über zwei Fälle, in denen nach jahrelanger erfolgloser konservativer Behandlung — in dem ersten ca. 20 Jahre, in dem zweiten etwa 2 Jahre — zunächst zur Resektion und, als hierauf keine Besserung des schweren Allgemeinzustandes eintrat, zur Exartikulation der Hüfte mit Resektion von Beckenpartien geschritten werden mußte. In dem ersten Falle, in dem es sich um einen 21jährigen jungen Mann handelte, konnte nach einem Jahre vollständige Genesung und eine den Verhältnissen entsprechende Arbeitsfähigkeit festgestellt werden. In dem zweiten Falle — 12jähriger Knabe — war gleichfalls eine deutliche Besserung erreicht worden. Allerdings bestanden noch mehrere Fisteln, die eine halbseitige Resektion des Beckens erforderlich gemacht haben würden; doch mußte mit Rücksicht auf den schwächlichen Zustand des Pat. vorderhand von dieser Operation noch Abstand genommen werden. **Deutschländer** (Hamburg).

41) Ferraton. Hanche à ressort. Ressaut fessico-trochantériens.

(Revue d'orthopédie 1905. Nr. 1.)

Das Phänomen, das der Verf. schnappende Hüfte nennt, hat mit dem Gelenke nichts zu tun, sondern zeigte sich bei einem 22jährigen Soldaten in einem laut hör- und fühlbaren Überspringen, wenn bei kontrahiertem Glutaeus major eine Beugung und Streckung im Hüftgelenke bei einem Winkel von ca. 15° ausgeführt wurde.

Es entsteht, wie auch die operative Freilegung der Gegend bestätigte, dadurch, daß die äußeren stark angespannten Muskelteile bandförmig über den Trochanter major hinüberspringen. Die Affektion ist nur einseitig und wird willkürlich, unter angeblibh heftigen Beschwerden, Hinken usw. von dem militärdienstunlustigen Manne zur Erscheinung gebracht. **Herm. Frank** (Berlin).

42) **F. Lastaria.** Atrophie congénitale du femur gauche.

(Revue d'orthopédie 1904. Nr. 6.)

Bei einem 10jährigen Mädchen fand sich eine auf angeborene Entwicklungshemmung bezogene schwächere Ausbildung des linken unteren Gliedes bei 3,5 cm Verkürzung des Oberschenkels und Zurückbleiben der entsprechenden Beckenhälfte mit statischer Skoliose, aber ohne Gelenkstörungen.

Herm. Frank (Berlin).

43) **Le Roy des Barres.** Anévrisme de l'artère fémorale dans le canal de Hunter.

(Gaz. des hôpitaux 1905. Nr. 34.)

Der 55jährige Pat. bemerkte zufällig eine kleinnußgroße, pulsierende Geschwulst an der Innenseite seines linken Oberschenkels. Es wurde ein Aneuysma der Femoralis im Hunter'schen Kanal diagnostiziert und außer einem komprimierenden Verband eine Schmierkur und Jod innerlich verordnet. Erfolg hatte diese Behandlung nicht, dagegen erlebte Pat. zwei Anfälle von Entzündung, die schnell zurückgingen.

Inzwischen wuchs die Geschwulst bis zur Größe einer mittleren Zitrone und belästigte den Pat. beim Gehen so, daß operiert wurde. Nachdem die Arterie oben und unten abgeklemmt und das Aneurysma ausgeräumt war, gelang es nicht ohne Mühe, den Sack herauszupräparieren, wodurch die Kontinuität der Arterie auf ca. 10 cm unterbrochen wurde. Pat. war hinfort beschwerdefrei bis auf Ameisenlaufen nach langem Sitzen. Keine Ödeme.

In der Wand des Sackes, die stellenweise sehr dünn war, wurden einige atheromatöse Plaques gefunden. **E. V. Mertens** (Breslau).

44) **Toussaint.** Exostoses mobiles et bursite traumatique de la patte d'oie.

(Revue d'orthopédie 1905. Nr. 1.)

Verf. fand bei einem 23jährigen Soldaten im Schleimbeutel unter den Sehnen des sartorius, semitendinosus und gracilis drei bewegliche Osteochondrome, welche auf ein Trauma 5 Jahre zuvor bezogen werden. Die Entstehung denkt sich Verf., analog den Exostosen am Oberschenkel, durch Keimversprengung von dem oberen Tibiaepiphysenknorpel, der damals noch aktiv war. **Herm. Frank** (Berlin).

45) **Antoine.** Traitement des hydarthroses et hémarthroses du genou par l'air surchauffé.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1905. Nr. 3.)

Verf. hat durch Trauma hervorgerufene Kniegelenksergüsse mit heißer Luft (120°) behandelt und nach seiner Ansicht dadurch sehr schnelle Heilung und gute funktionelle Resultate erzielt. Es wurde täglich einmal 1 Stunde die heiße Luft angewandt, außerdem täglich das Gelenk einmal massiert. Auch seröse rheumatische und gonorrhoische Entzündungen des Gelenkes wurden relativ schnell durch diese Behandlung beseitigt. **Herhold** (Altona).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 25. Sonnabend, den 24. Juni. 1905.

1) **Moreau.** Contribution à l'étude de l'oedème dur traumatique.

(Bull. de l'acad. roy. de méd. de Belg. 1904. Nr. 11.)

Nachdem M. zunächst ein Resumee unserer bisherigen Kenntnisse über das harte traumatische Ödem — das auch als Secrétan'sche Krankeit, von L. Krause als holzartige Entzündung des Bindegewebes bezeichnet wird — gegeben, bringt er zwei Beobachtungen, eine von Brouardel und eine eigene, die er sehr ausführlich beschreibt und durch zwei Abbildungen erläutert. Seine Schlußfolgerungen sind folgende:

1) Unter der Wirkung abgeschwächter Mikroben kann im Bindegewebe eine eigenartige chronische Infiltration zustande kommen, welche

sich vom einfachen Ödem und vom gewöhnlichen entzündlichen Exsudat wesentlich unterscheidet.

2) Diese Infiltration hat die ausgesprochene Neigung, sich in hartes Bindegewebe umzuwandeln, und resorbiert sich nach und nach langsam von selbst.

3) Oft ist sie scharf begrenzt; zuweilen hat sie Neigung fortzuschreiten.

4) Charakteristisch ist der langsame Verlauf und die Erfolglosigkeit jeder Therapie, wie sie bei sonstigen Ödemen und Entzündungen angewendet wird.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

---

2) **J. Morton.** Memoranda relating to the discovery of surgical anesthesia, and Dr. William T. G. Morton's relation to this event.

(Post-graduate 1905. April. p. 333.)

Eine für den, der sich für die Geschichte der Chirurgie interessiert, wertvolle Publikation. Zusammenstellung von Briefen, Zeitungsnotizen usw., welche uns mit der Persönlichkeit dieses Mannes und mit den Einzelheiten seiner großen Entdeckung bekannt machen. Zwei Illustrationen von vorzüglicher Ausführung zeigen das Porträt Morton's und die Darstellung der ersten Narkose.

W. v. Brunn (Rostock).

---

3) **D. v. Niederhäusern.** Die Skopolamin-Morphiumnarkose.

Inaug.-Diss., Bern, 1905.

Da noch große Widersprüche hinsichtlich der Dosierung in der Skopolamin-Morphinnarkose bestehen, wie aus der Literatur, die Verf. in der Einleitung bespricht, hervorgeht, auch das Verfahren noch als sehr gefährlich erscheint, insofern drei Todesfälle und mehrere schwere Herz- und Lungenstörungen auf etwa 500 Narkosen kommen, so hat Verf. im Diakonissenhaus Salem (Prof. Dumont) in Bern Versuche mit dem Merck'schen Skopolaminum hydrobromicum angestellt. — Bei Injektionen mit Skopolamin allein fand Verf., daß auf Dosen von 2—3 dmg nur ganz jugendliche Individuen oder mit einer besonderen Empfindlichkeit behaftete Erwachsene reagieren. Auch auf 5 dmg Skopolamin tritt nicht regelmäßig eine Reaktion, jedenfalls kein Schlaf ein. Die Pulsfrequenz wird durch solche Dosen bald gesteigert, bald nicht. Nach kombinierten Injektionen zeigte sich eine deutliche Reaktion erst bei Dosen von 6 dmg Skopolamin + 2 cg Morphium. Die Schmerzempfindung war dabei aber nicht herabgesetzt. Nach Dosen von 8 dmg Skopolamin + 2 cg Morphium stellte sich wohl unter Zunahme der Pulsfrequenz leichtes Schlafbedürfnis ein, aber keine Herabsetzung der Schmerzempfindung. Dasselbe war auch der Fall bei Injektionen nach den neuesten Vorschriften von Korff.

Verf. teilt dann 20 Krankengeschichten mit von Anwendung der Skopolamin-Morphiumnarkose bei Operationen. Es wurden die Me-

thoden von Schneiderlin, von Korff und von Hartog angewendet, aber mit keiner ein nennenswerter Erfolg bei der dortigen Bevölkerung erreicht, so daß die Versuche aufgegeben wurden, und Verf. zu dem Ergebnis kommt, daß Skopolamin-Morphiuminjektionen eine vollständige Narkose auch mit nur annähernder Sicherheit nicht erzielen, daß weder die Weite der Pupillen noch die Steigerung der Pulsfrequenz als Maß für das Überwiegen der Skopolaminwirkung oder der narkotischen Wirkung gelten können. Hingegen wirken kleine Gaben, 5 dmg Skopolamin + 1 cg Morphium $^1/_2$ Stunde vor der Äthernarkose injiziert, insofern günstig, als das Exzitationsstadium des Äthers herabgesetzt wird, keine übermäßige Salivation und postoperatives Erbrechen fast nie stattfindet. Ganz ähnlich sollen die in Salem üblichen Morphin-Atropininjektionen vor der Narkose wirken; nur soll bei Skopolamin-Morphium der Ätherverbrauch geringer, der postoperative Schlaf vielleicht etwas länger sein. **E. Moser** (Zittau).

---

4) **Clairmont** und **Haberer**. Experimentelle Untersuchungen zur Physiologie und Pathologie des Peritoneums.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 1 u. 2.)

Der erste Teil der Versuche der Verff. erstreckt sich auf die Verhältnisse der intraperitonealen Resorption. Nach intraperitonealer Injektion von Jodkali trat die Jodreaktion im Urin mit individuellen Schwankungen nach 15—30 Minuten auf. Nach 30 Minuten fehlte sie nur ausnahmsweise. Schwerer erschien die Beurteilung des Verschwindens der Jodausscheidung. Meist zog sich die letztere über zweimal 24 Stunden hinaus. Weiterhin erwiesen ausgedehnte Experimente, daß die Resorptionsverhältnisse der Peritonealhöhle durch die einfache Laparotomie, sowie durch kurze oder länger dauernde Eventration der Därme ungünstig beeinflußt werden, am meisten durch Eventration. Durch die beständige Spülung mit warmer physiologischer Kochsalzlösung gelingt es, diese ungünstige Beeinflussung zu mildern, aber nicht, sie vollständig aufzuheben. Im Gegensatze zu den Resultaten von Klapp wurde nur eine Verlangsamung, nie eine Beschleunigung der Resorption gefunden.

Ein- oder mehrmalige Lufteinblasungen in die Bauchfellhöhle blieben gleichgültig für das Peritoneum. Den Einfluß der Darmperistaltik auf die Resorption zu prüfen, wurden die bekannten Alkaloide benutzt. Mit Physostigmin schien eine Beschleunigung der Jodausscheidung erreicht zu werden; indessen lag der Abschluß der Aufsaugung in normalen Grenzen. Die Atropinversuche ergaben ein unbestimmtes Resultat. Morphininjektion bewirkte eine Verlangsamung der Resorption in der Weise, daß in den ersten Stunden weniger Jod ausgeschieden ward. Nach 13 Stunden war aber die Ausscheidung der bei nicht injizierten Tieren gleich. Die Annahme, daß im ersten Stadium der Peritonitis Resorptionsverlangsamung bestehe, konnten die Verff. nicht bestätigen; sie fanden im Gegenteile bei einschlägigen

mit den verschiedenartigsten Mitteln angestellten Versuchen eine Resorptionsbeschleunigung. Die Ausschaltung des Zwerchfelles durch Bepinselung mit Kollodium verzögerte die Resorption sehr wesentlich. Nach 30—35 Minuten war bei keinem Tiere Jod im Urin zu konstatieren. Physostigmin kann auch bei derartiger Zwerchfellsausschaltung durch Vermehrung der Darmperistaltik die Aufsaugung rascher gestalten.

Aus den Versuchen über die peritoneale Leukocytose und Phagocytose ergab sich das Resultat, daß in dem Verhalten dieser Vorgänge kein nennenswerter Unterschied nach trockener und feuchter Eventration bestand. Es kam stets zu einer reichlicheren Leukocytenauswanderung. Die Leukocyten entwickelten anfangs eine energische Phagocytose, die rasch erlahmt und dann beträchtlich hinter der Norm zurückbleibt. Ob die Resorption durch die Blut- oder Lymphgefäße des Zwerchfells besorgt wird, lassen Verff. dahingestellt. Es ist anzunehmen, daß es kein Teil ausschließlich ist, obschon nach den Untersuchungen von v. Recklinghausen und neuerdings von Küttner den Lymphbahnen die wesentliche Bedeutung zukommt. Die Resorption aus der Peritonealhöhle ist weder ein rein physikalischer Vorgang noch an eine vitale Zelltätigkeit des Endothels geknüpft. Der Anteil, der nicht durch Diffusion und Osmose allein zu erklären ist, dürfte auf dem Wege der Lymphgefäße erfolgen. Bezüglich der Pathogenese der Peritonitis sehen die Verff. die Virulenz der infizierenden Bakterien als das ausschlaggebende Moment an, und zwar ziehen sie vor allem eine die Endothelzellen schädigende toxische Wirkung in Betracht, welche, ebenso wie man es mit Krotonöl oder Terpentinöl bewirken kann, die Peritonitis einleitet.

Bezüglich der Therapie der Bauchfellentzündung können sich beide Autoren auf Grund von 87 Versuchen nicht der Ansicht Reichel's anschließen, daß die Kochsalzspülungen nur eine Spielerei seien. Sie halten die feuchte Eventration und Spülung für das normale wie für das entzündete Bauchfell als Prophylaxe, sowie als Therapie der Peritonitis für die zweckmäßigste Methode.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

5) **Haberer.** Beitrag zur Appendixfrage mit besonderer Berücksichtigung von Dauerresultaten.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 1 u. 2.)

Auf Grund des Materiales in der v. Eiselsberg'schen Klinik hält H. die Frühoperation bei Appendicitis während der ersten 48 Stunden des Anfalles für die idealste Therapie, weil sie die weitere Entwicklung abschneidet. Nach 48 Stunden ist von Frühoperation nicht mehr zu sprechen. In diesem Abschnitte des akuten Anfalles wurden keine guten Erfahrungen mit der Operation gemacht, insofern unter elf Fällen zwei starben, fünf per secundam intentionem heilten, weitere vier Pat. im ferneren Verlaufe Schmerzen bekamen. Deshalb hält es Verf. für rätlich, Fälle, die nach

48 Stunden eingeliefert werden, nicht radikal zu operieren, sondern womöglich durch exspektatives Verhalten den Ablauf des Anfalles zu erstreben und dann eine Intervalloperation vorzunehmen. Trotzdem muß auch nach 48 Stunden noch öfters operiert werden wegen Abszeßbildung und wegen Peritonitis. Bei Eiterherdbildung soll man möglichst schonend vorgehen, d. h. womöglich nur den Abszeß spalten und nur dann den Wurmfortsatz exstirpieren, wenn er direkt ohne Mühe zugänglich ist. Sonst meide man die Lösung schützender Verklebungen und entferne den Wurmfortsatz erst sekundär. Die Feststellung der Dauerresultate hat ergeben, daß auch den Pat., welche sich zur sekundären Appendektomie nicht entschließen konnten, keinerlei Schaden erwachsen ist. Bei diffuser Peritonitis, deren präzise Bestimmung in der Literatur noch vieles zu wünschen übrig läßt, soll das Abdomen breit eröffnet, die Bauchfellhöhle mit physiologischer Kochsalzlösung ausgespült und wenn möglich der Wurmfortsatz entfernt werden. Die Intervalloperation soll erst nach Ablauf der sämtlichen lokalen und allgemeinen Symptome ausgeführt werden. Im ganzen ist Verf. jedenfalls für eine individualisierende Behandlung der Appendicitis.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

6) **L. Meyer.** Über Darmverengerungen nach unblutiger oder blutiger Reposition eingeklemmter Brüche.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI. p. 297.)

Die Arbeit knüpft an einen einschlägigen von de Quervain beobachteten Fall an. Hier kam es bei einer 60jährigen Frau nach Herniotomie eines eingeklemmten Nabelbruches der 2. bis 3. Woche zu Verstopfung, Kolikschmerzen nebst gelegentlichem Erbrechen. Bei der Operation fand sich die früher eingeklemmt gewesene Darmschlinge zu einem etwa S-förmigen Klumpen verwachsen; zuführende Schlinge stark gedehnt, abführende leer. 3 cm lange Enteroanastomosenbildung zwischen zu- und abführendem Schenkel führte zur Heilung. — Hieran wird eine tabellarische Übersicht sämtlicher in der Literatur veröffentlichter Parallelfälle angeschlossen, welche M. in zwei Gruppen bringt: 1) Reine ring- oder kanalförmige Stenosen. 2) Stenosen durch knäuel- oder S-förmige Verwachsungen der Darmschlingen mit oder ohne eigentliche Stenose. Fälle der ersten Art wurden 10, solche der zweiten Art 13 gesammelt.

An der Hand dieses Materiales, dessen von Fall zu Fall verschiedenartige klinische Einzelheiten (Art der Hernie, Dauer der Einklemmung, Behandlung der Einklemmung, weiterer Verlauf) genau, auch statistisch durchgesprochen werden, erörtert M. eingehend alle zur Kenntnis dieser eigentümlichen Darmstenosen wichtigen Momente, worin folgendes hervorgehoben sei. Mutmaßlich sind stärkere Taxisversuche bei Brucheinklemmung nicht ohne schädigende Wirkung auf die Darmwände. Da sie auch wohl die nachträglichen Narbenstenosenbildungen begünstigen oder veranlassen können, sollen sie vermieden

werden. Klinisch zeigen alle Fälle — mit nur zwei Ausnahmen — vor dem Beginn der eigentlichen Stenosenerscheinungen eine durchschnittlich 3—4 Wochen lang währende gänzlich beschwerdefreie Zeit nach der blutig oder unblutig ausgeführten Bruchreposition. Dann traten häufig zunächst mehr oder weniger reichliche Durchfälle auf, an welche sich in durchwegs chronischer Weise die Stenosenerscheinungen als paroxysmale Koliken mit Meteorismus, sichtbarer Peristaltik, Borborygmen, Stuhlverhaltung, Erbrechen anschließen. Behufs Meidung der Kolikanfälle schränken die Kranken die Nahrungsaufnahme ein und magern ab. In anatomischer Beziehung ist der Sitz der fraglichen Stenosen im Dünndarme. Die ringförmigen Stenosen können sowohl einfach, nur einer Schnürfurche entsprechend, als auch doppelt sein — bei Veränderung an beiden Schnürfurchen. Wird die ganze eingeklemmt gewesene Schlinge verändert, so entstehen die kanalförmigen Stenosen. Über die feineren pathologischen Vorgänge bei der Strikturbildung haben mehrere gute mikroskopische Untersuchungen, am besten diejenige von Göbell Aufschluß gegeben. Infiltrationen, Ödeme, Hypertrophie der verschiedenen Darmwandschichten, vor allem aber Ulzerations- und Narbenbildungsprozesse in der Schleimhaut spielen dabei die entscheidende Rolle. Daraus ergibt sich, daß die Darmverengerung der Regel nach von den inneren Darmwandschichten ausgehen muß (»innere Narbenstenosen« Garrè). Die Annahme von »äußeren« Stenosen, die durch Darmkonstriktion von der Serosa aus entstehen sollen (Garrè), ist durch die exakte Beobachtung nicht genügend gestützt. Dagegen die Mitwirkung peritonitischer Prozesse insofern für das Zustandekommen der Verengerungen eine Tatsache, als mehr als die Hälfte aller Fälle starke Verwachsungen mit Knäuelbildung und Schlingenschenkelknickungen aufweisen. In gut $^{3}/_{4}$ der Fälle ist ferner oberhalb der Verengerung Blähung des Darmes, oft mit Wandverdickung kombiniert, angegeben, während der abführende Darm klein und leer erscheint. Grundlage für sämtliche Veränderungen ist die während der Brucheinklemmung stattfindende Zirkulationsstörung, weshalb die Fälle von Darmblutungen nach Brucheinklemmungen, die aus schwerer Zirkulationsstörung entspringen, den Narbenbildungen zur Seite gehören. M. berichtet 11 von Kukula gesammelte dergl. Fälle, zu deren Erklärung an starke Schädigung der Venenwände, Thrombosen, Infarktbildung, selbst nekrotische Prozesse, also an ähnliches zu denken ist, wie bei Entstehung der Narbenstenosen. Die Prognose der fraglichen Stenosen ist ohne Operation eine ungünstige; 5 tödlich geendete Fälle sind bekannt. Dagegen hat die operative Behandlung sehr gute Resultate aufzuweisen, sowohl mit Resektion, als Enteroanastomose als Enteroplastik (Längsschnitt durch die Strikturstelle gefolgt von Quernaht, ebenso wie bei Pyloroplastik). M. spricht am meisten für Anastomosenbildung, die fast stets genügen dürfte. Als Voroperation kann Kunstafteranlage in Frage kommen. Gegen die Enteroplastik spricht, daß sie im kranken Darmteile gemacht wird und deshalb die Dauerhaftig-

keit ihrer Wirkung unsicher erscheint. Prophylaktisch ist vor energischer Taxis zu warnen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

7) W. Busse. Über postoperative Magen- und Darmblutungen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 1 u. 2.)

B. veröffentlicht 14 Fälle von Magen-Darmblutungen nach operativen Eingriffen, welche in der v. Eiselsberg'schen Klinik beobachtet worden sind. Aus der Literatur stellt er noch weitere 82 derartige Fälle zusammen, um auf Grund dieses gesamten Materiales die Besonderheiten jener Komplikation zu erörtern. Bei einer Reihe derartiger Pat. hat wohl vorher schon ein Magen- oder Darmgeschwür bestanden, das bisher symptomlos verlief und erst durch die Schädlichkeiten des Eingriffes, wie Narkose, Erbrechen, in Erscheinung trat. Von anderen beängstigenden Leiden sind in Betracht zu ziehen Anämie, Marasmus, Gifte, die im Körper kreisen — wie der Harnstoff bei Urämie — oder das zur Narkose verabreichte Mittel, ferner Gefäßveränderungen und Spannungserhöhungen im Blutgefäßsystem, wie sie bei nervösen Störungen und bei Nieren-, Leber- und Lungenkrankheiten beobachtet werden. Besonders aber sind es die Operation und die mit ihr verbundenen Schädlichkeiten, welche in erster Linie in Frage kommen. Auch ohne eine lokale Schädigung des Magens und Darmkanales, allein durch die Einwirkung des Chloroforms und die durch dieselbe hervorgerufene allgemeine Vergiftung können Blutungen auftreten. Das Erbrechen spielt wohl in den meisten Fällen eine prädisponierende Rolle. Weiterhin ist die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen, daß derartige Blutungen durch direkte Traumen bei dem chirurgischen Eingriff entstehen; Kompression, Zerrungen am Magen und Darmkanal, Lösung von Verklebungen, Repositionsversuche bei eingeklemmten Brüchen sind hier vor allen als auslösende Ursachen zu nennen. v. Eiselsberg beschuldigt bei seinen Fällen vornehmlich die Unterbindung von Netz- und Gekrösgefäßen als ätiologisches Moment des Blutabganges, und seiner Erklärunng haben sich eine größere Reihe von Autoren angeschlossen. Solche Embolien können auf direktem Wege wie auf rückläufiger Bahn verschleppt werden. In 35% aller Fälle, die B. zusammengestellt hat, sind Netz- und Gekrösabbindungen direkt angeführt; man darf aber wohl annehmen, daß noch in einer größeren Zahl solche vorgenommen aber unerwähnt geblieben sind. Verf. glaubt jedoch, daß Gefäßunterbindungen und all die sonstigen oben erwähnten prädisponierenden Ursachen, wie die Narkose, das Erbrechen usw., nicht allein die Blutungen veranlassen, sondern daß sie je einen Faktor für die Entstehung einer Ulzeration bilden, daß aber ein Zusammenwirken beider erforderlich ist, um die Blutung auszulösen. Die Prognose der postoperativen Magen- und Darmblutungen ist eine sehr ernste. Das beweist der Umstand, daß von den Betroffenen

mehr als die Hälfte starben. Die Therapie kann natürlich nur eine symptomatische sein.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

8) Lempp. Über den Wert der Jejunostomie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 1 u. 2.)

L. berichtet über die Erfahrungen mit der Jejunostomie beim Karzinom, Ulcus pepticum und den Verätzungen des Magens in der v. Eiselsberg'schen Klinik. Im ganzen handelt es sich um die stattliche Zahl von 68 Fällen.

Unter den 44 Pat. mit Magenkarzinom wurde die Jejunostomie vorgenommen, falls der Magen fast in toto vom Krebs ausgefüllt war, so daß an ihm selbst ein chirurgischer Eingriff unmöglich schien; ferner bei Kranken, bei denen schon eine Magenoperation früher ausgeführt worden war, sei es eine Resektion oder eine Gastroenterostomie. In einer weiteren Gruppe von Fällen bestanden Schluckbeschwerden, die auf ein Ergriffensein der Cardia hinwiesen, und in einigen Fällen bestanden perforative Kommunikationen mit Nachbarorganen. Von der Jejunostomie wurde bei den letzteren Fällen erwartet, daß sie durch Ausschaltung die Heilung der Durchbruchsstelle begünstigen würde. Ebenso wurde wiederholt wegen heftiger Magenschmerzen zur Ruhigstellung des Organes die Jejunumfistel anangelegt, endlich letztere als kürzeste Operation bei Leuten mit Lungenkomplikation, operativer Blutung, Herzschwäche statt der länger dauernden Gastroenterostomie ausgeführt. Die Mortalität bei den Karzinompatienten betrug 51%; die Durchschnittslebensdauer der Durchgekommenen 66 Tage. Eine Verlängerung des Lebens ist also für die meisten Fälle nicht anzunehmen. Maydl's Einengung der Gastroenterostomie kann sich Verf. zugunsten der Jejunostomie nicht anschließen, zumal das Verfahren des genannten Chirurgen einen mindestens ebenso komplizierten Eingriff darstellt wie die Gastroenterostomie. Besonders hält er bei Pylorusstenosen, ob sie durch die Geschwulst oder durch ein diese begleitendes Ödem bedingt ist, die Gastroenterostomie für die richtige und zweckmäßigere Operation. Die einzelnen Indikationen aufzuführen, welche L. für die Jejunostomie aufführt, würde hier zu weit führen; erwähnt sei jedoch, daß er rät, dort wo sie angelegt wurde, die Fistel bis zum Lebensende offen zu erhalten, damit jederzeit durch sie die Ernährung wieder vorgenommen werden kann.

Wichtiger erscheint die Anwendung der Jejunostomie beim peptischen Magengeschwür, wo sie einen ausgedehnteren Gebrauch verdient. v. Eiselsberg hat sie hier bei 17 Pat. angelegt. Eine Indikation für dieselbe ist gegeben, wenn eine lebensgefährliche Inanition besteht und ein anderer Eingriff nicht ausführbar ist. Da die Jejunostomie die einfachste und am raschesten ausführbare Operation ist, kann sie bei den schwersten Komplikationen noch Hilfe bringen. Die hohe Mortalität, die auch bei diesen Pat. mit Magengeschwüren nach der Operation auftritt, darf nicht verwunderlich erscheinen, weil es sich

bei dem Jejunostomiematerial eben um die schlimmsten Fälle handelt. Als Normalverfahren ist die Jejunostomie anzusehen beim einfachen Magengeschwür mit freiem Pylorus und freier Umgebung, wo später eine Pylorusenge nicht zu erwarten ist, bei kardialwärts gelegenen stenosierenden Geschwüren, bei hochgradiger Magenschrumpfung mit ausgedehnten Geschwüren und umfangreichen Verwachsungs- und Reizbeschwerden. Als palliative Operation ist sie auszuführen in allen Fällen, in welchen ein radikales Vorgehen oder die Gastroenterostomie indiziert ist, aber infolge von Schwäche des Kranken unterbleiben muß. Der Verlauf muß entscheiden, ob der palliativen Operation später noch eine radikale Operation folgen kann. Die Jejunostomie mit gleichzeitiger Gastroenterostomie ist indiziert beim stenosierenden Geschwür des Pylorus und starkem Reizzustand des Magens und bei gleichzeitigem Magen- und Pylorusgeschwür (Pylorusstenose). Bei Perforation eines Magen- oder Duodenalgeschwürs soll an die Versorgung der Perforation noch eine Jejunostomie angeschlossen werden, namentlich bei schon bestehender Bauchfellentzündung. Die Fistel ist in diesen Fällen eine temporäre, die Ernährung durch dieselbe aber so lange durchzuführen, bis alle Beschwerden verschwunden sind. Auch nach befriedigender Gesamtazidität des Magens soll sie noch einige Zeit als Sicherheitsventil offen gehalten werden.

Bei Verätzungen des Magens, besonders des Pylorus, hat v. Eiselsberg die Jejunostomie vorgenommen, wenn eine gleichzeitige Verätzung des Ösophagus bestand. Allerdings müssen dann gewöhnlich noch mehrere Eingriffe erfolgen, wie Gastrostomie und Gastroenterostomie, erstere für die Bougierung der Speiseröhrenenge, letztere für die Umgehung der Pförtnerstenose. Die Art der Ätzflüssigkeit bestimmt nicht die Indikation zur Jejunostomie, sondern die Ausdehnung der Verletzung des Magens. Besteht bei sehr geschwächten Pat. mit Verätzung von Speiseröhre und Pylorus eine starke Magenblähung, so soll man sofort den ersten Akt der Gastrostomie nach v. Hacker anschließen und den Magen bald entleeren und entlasten.

Was die Technik der Jejunostomie betrifft, so empfiehlt Verf., den Schrägkanal nach Witzel in der Darmwand nur in einer Etage anzulegen, um eine Stenose des Darmes zu vermeiden, ferner die Fistelöffnung des Darmes nur mit wenigen Nähten an das Peritoneum parietale zu heften und schließlich die äußere Mündung des Fistelkanales unterhalb der Nabelhorizontalen anzulegen, um Knickungen des Darmes zu vermeiden. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

9) **Haberer.** Zur Technik der unilateralen Darmausschaltung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 1 u. 2.)

H. stellte Leichenversuche an, welche die Verhältnisse der Lagerung des zuführenden Schenkels bei der end-to-side-Apposition klären sollten. Er führte dieselben in der Weise aus, daß er nach Durchtrennung der untersten Ileumschlinge den zuführenden Schlingenschenkel in einen seitlichen Schlitz der Flexura sigmoidea einnähte

und dabei den zuführenden Schlingenschenkel bald brückenförmig vor den herabhängenden Dünndarmschlingen vorbeiführte, bald aber hinter den Dünndarmschlingen zur Anastomosenstelle verlaufen ließ. Es zeigte sich nun zunächst, daß die primäre Lagerung der Anastomose mit Bezug auf den übrigen Darm — ob ante oder retro — von prinzipieller Bedeutung ist, insofern, als aus der Lagerung der Anastomose vor dem übrigen Darm eine Gefahr resultiert. Eine weitere Gefahr bleibt auch dauernd in dem offenen Mesenterialschlitz bestehen, da Darmschlingen auch bei ursprünglich richtiger Lagerung der Anastomose noch sekundär durch den Mesenterialschlitz durchtreten können. Verf. fand nun, um diese Gefahr zu vermeiden, als sehr sicheres und meist anwendbares Verfahren, den freien Mesenterialrand an die untere Fläche des Mesenterium der nächst benachbarten Dünndarmschlinge durch Kopfnähte zu fixieren. Dadurch entsteht nicht nur keine Drehung und Knickung der Anastomose, sondern es wird auch die Mobilität der durch die Mesenterialnaht einander genäherten Darmpartien nicht gehindert. Diese Maßnahme, wie einige andere in der Arbeit enthaltende Vorschläge sind indes noch nicht am lebenden Menschen erprobt, weshalb erst künftiger Erfahrung ein endgültiges Urteil über die Brauchbarkeit derselben vorbehalten bleiben muß.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

10) **H. Braun.** Über den durch Lage- und Gestaltsveränderungen des Kolon bedingten vollkommenen und unvollkommenen Darmverschluß.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI. p. 540.)

Abgesehen vom Volvulus des S romanum sind die durch Lage- und Gestaltsveränderungen bedingten Wegstörungen im Dickdarme noch wenig allgemein bekannt. Mehrere selbst beobachtete und operierte Fälle veröffentlichend, gibt B. eine zusammenhängende Besprechung des bislang in der Literatur zu dieser Sache mitgeteilten Materiales.

Am Blind- und aufsteigenden Dickdarm ist das Vorhandensein eines abnorm langen Mesenterium Vorbedingung für das Zustandekommen von schweren Lageveränderungen. Am wichtigsten ist der Volvulus dieser Darmabschnitte, von russischen Autoren des öftern, einmal auch von B. operiert (tödlich geendigter Fall). Außerdem kommt eine Aufwärtsklappung des Blinddarmes vor, die durch Darmverschluß tödlich werden kann (Fälle von Curschmann), aber auch schon unter Lösung frischer Verklebungen mit Glück operiert ist (B.). Drittens kann der aufsteigende Dickdarm ähnlich wie die Flexura sigmoidea Schlingen bilden, wodurch, falls Verwachsungsprozesse letztere fixieren, Darmverschluß herbeigeführt werden kann (Beobachtungen von Treves und Curschmann, eine erfolglose Operation mittels Lösung der Verwachsungen von Quénu). Knickungen an der Flexura hepatica sind selten, da dieselbe normalerweise meist nicht stärker

fixiert ist. In einem eigentümlich zusammenhängenden Falle wurde sie aber von B. beobachtet. Eine Pat. hatte eine Pylorusresektion mit Glück durchgemacht, bekam aber späterhin ein Darmkarzinom, und zwar wie sich zeigte im Querkolon. Infolge der Pylorusresektion war letzteres aber abnorm beweglich geworden, und war die Geschwulst nahe an das linke Poupart'sche Band gesunken und hier verwachsen. Eine zu palliativen Zwecken vorgenommene Enteroanastomose blieb resultatlos, da der Tod durch Peritonitis erfolgte. Bei der Sektion zeigte sich eine hochgradige Ausdehnung des aufsteigenden Dickdarmes, der an der Flexura hepatica infolge der Herabzerrung des Querkolon hochgradig geknickt war. Die Peritonitis war von einer Spannungsperforation im aufsteigenden Kolon ausgegangen. Am Colon transversum führt hochgradige Länge des Darmteiles häufig zur Bildung bisweilen bizarr gelagerter Schlingen, was aber der Regel nach nur zu mehr oder weniger erheblichen Stuhlverstopfungszuständen, nicht zu Darmverschlüssen Anlaß gibt. Volvulus des Querkolon ist 3mal von Curschmann, eine Querdrehung desselben nach oben infolge von Beckenhochlagerung 1mal von Kraske gesehen. Ileus durch Knickung einer nach unten gerichteten Querkolonschlinge sah B. Bei der Operation zeigte sich, daß Aufhebung der stark dilatierten, aber sonst gesunden Schlinge deren Knickung ausglich. Kolopexie an die äußere Bauchwand in geeigneter Lage führte zur Heilung.

Von besonderem Interesse ihrer Häufigkeit wegen sind die Kolonknickungen an der Flexura lienalis. Dieselbe liegt normal höher als die Flexura hepatica, bildet ferner fast ausnahmslos einen nach unten und innen offenen spitzen Winkel und ist außerdem durch eine starke Bauchfellduplikatur (Lig. pleuro-colicum) fest fixiert. Infolgedessen sind Erschwerungen des Kotweges hier keine Seltenheit, die schon öfter operative Eingriffe notwendig gemacht haben (Beobachtungen von A. v. Bergmann und verschiedenen französischen Chirurgen). Auch B. verfügt über eine hierhergehörige Operation. Er fand gelegentlich Ausführung einer Gastroenterostomie wegen Magendilatation das Querkolon kolossal cystenartig ausgedehnt und oben an der Flexura geknickt, das absteigende Kolon leer. Ligatur und Trennung einiger straffen Adhäsionen am Übergange des erweiterten in den verengten Darm. Heilung. Eine gute Illustration des Kolonwinkels an der Flexura lienalis gibt B. durch die Präparatabbildung zweier Därme, die, in situ mit Formol gehärtet, die interessierenden anatomischen Verhältnisse, namentlich Sporn- und Faltenbildungen der Schleimhaut, deutlich aufweisen.

Betreffs chirurgischer Therapie der besprochenen Krankheitszustände führt B. zum Schluß aus, daß operatives Eingreifen dort rasch einzusetzen hat, wo bei Verschlußerscheinungen der geblähte Darmteil geschwulstartig fühlbar und der Allgemeinzustand bedenklich wird. Von Eingriffen kommen in Frage Durchschneidung fixierender Pseudoligamente, Lösung von Verwachsungen, ferner die Kolopexie, Enteroanastomose bezw. Darmausschaltung sowie die Anlage des

Kunstafters. Zu Darmresektionen wird nur allenfallsige Darmgangrän Anlaß geben.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

11) **Pearce.** Experimental pancreatitis considered in its relation to the acute forms of pancreatitis in men.

(Albany med. annals 1904. Nr. 5.)

P. vergleicht die, zum Teil eigenen experimentellen Ergebnisse bei der künstlichen Erzeugung einer akuten Pankreatitis mit klinischen und pathologisch-anatomischen Beobachtungen beim Menschen unter Einfügung einzelner Krankengeschichten. Eindringen von Magensaft in den Ductus pancreaticus scheint im allgemeinen nicht imstande zu sein, eine hämorrhagische Pankreatitis hervorzubringen. Die Cholelithiasis spielt eine bedeutende Rolle in der Ätiologie der akuten Pankreatitis. Die gangränöse Pankreatitis entsteht meist sekundär nach akuter hämorrhagischer Entzündung des Organes durch Eindringen von Fäulnisbakterien vom Darmkanale her. Die eitrige Pankreatitis entsteht durch irgendeinen örtlichen Einfluß: örtliche Reizung mit sekundärer bakterieller Infektion, Nekrose und Eiterung. Fettnekrose entsteht, wenn irgendwelche Schädigungen im Pankreas auftreten, welche dem Pankreassaft erlauben, in die Umgebung der Drüse einzudringen. Flexner wies chemisch nach, daß in den nekrotischen Herden der Drüse ein fettspaltendes Ferment vorhanden ist. Voraussetzung für das Eindringen von Pankreassaft in die Umgebung ist, daß die Pankreasgänge verlegt oder zerstört sind. Dieses kann geschehen z. B. bei Krebs der Vater'schen Papille, bei Steinbildung im Pankreas und in den Gallengängen, bei Verwachsungen in der Umgebung des Hauptausführungsganges und Knickung desselben, schließlich auch bei chronischer interstitieller Pankreatitis.

Mohr (Bielefeld).

Kleinere Mitteilungen.

12) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

147. Sitzung am 8. Mai 1905.

Vorsitzender: Herr Hoffa.

1) Herr Gerson: Über das abnehmbare Gipskorsett.

Da das gewöhnliche feste Gipskorsett in der Behandlung der Skoliose viele Nachteile hat durch Behinderung der Atembewegungen, Atrophie der Muskulatur usw. hat G. es modifiziert und abnehmbar gemacht. Es wird der Rumpf bei Suspension im Wullstein'schen Rahmen in der gewöhnlichen Weise eingegipst, wobei vorn und hinten zwei mit Schnürösen versehene Segelleinenstreifen eingelegt werden; zwischen diesen wird das Gipskorsett geteilt in zwei abnehmbare Hälften. Bei der Anlegung des Korsetts werden dieselben vereinigt durch zwei starke die Schnürösen verbindende Gummischnuren. Dieses Korsett gestattet freie Atmung, es liegt dabei eng an und redressiert besser. Zugleich ist es abnehmbar und gestattet Massage und körperliche Übungen.

2) Herr Joachimsthal: a. Zwei weitere Fälle von angeborenem Oberschenkeldefekt.

Anschließend an einen im Januar 1903 in der Freien Vereinigung demonstrierten Knaben mit linkem partiellem Oberschenkeldefekte stellt J. eine 22jährige

Dame vor mit der gleichen Mißbildung. Die stark verkürzte rechte untere Extremität besteht nur aus dem Fuß und einem Verbindungsstück zwischen diesem und dem Becken. Der Fuß ist normal beweglich; das Verbindungstück kann flektiert, extendiert, ab- und adduziert werden um ca. 30°. Das Röntgenbild zeigt in ihm zwei Knochen, einen medialen, den J. als Tibia, verschmolzen mit einem Femurrudiment, auffaßt, und einen lateralen = die Fibula. Vom Becken ist rechts nur das nach innen gedrehte Os ischii und der die Verbindung mit dem Kreuzbeine bewirkende Teil des Os ilei vorhanden. Links fehlt der horizontale Schambeinast, zugleich besteht eine Luxatio cong. coxae. J. hat der Pat. einen Schienenhülsenapparat für die vorhandene Extremität gegeben, mit dem ein künstlicher Unterschenkel und Fuß beweglich verbunden ist; sie bewegt sich frei mit dem Apparate. Der zweite Fall betrifft ein 4wöchiges Kind; anstelle des rechten Oberschenkels findet sich ein Knochenrudiment, das oben mit der Konvexität nach innen analog einer Coxa valga congen. geknickt ist. Es bestanden weitere Mißbildungen an den oberen Gliedmaßen, Amputationen des rechten Oberarmes in der Mitte und Verkürzung des linken Armes, der nur zwei durch Syndaktylie verbundene Finger trug.

b. Amniotische Furchen und Klumpfuß.

Nach G. St. Hilaire entsteht der Klumpfuß unter Umständen durch partielle epitheliale Verwachsung des Amnion mit dem Embryo namentlich dann, wenn die Verwachsung zu einem festen Simonart'schen Strang ausgezogen wird; dafür spricht die Kombination mit Schnürfurchen am Unterschenkel. Bei einem jetzt 10jährigen, seit dem 4. Lebensjahre beobachteten Mädchen ist die an der Grenze des mittleren und unteren Drittels befindliche Furche allmählich flacher geworden, aber noch deutlich nachweisbar; die distal vor ihr gelegenen Teile sind deutlich atrophiert, der Fuß um 3 cm verkürzt. Eine Einschnürung am Knochen besteht nicht. Heilung des Klumpfußes durch redressierende Verbände. Bei dem zweiten vorgestellten Falle besteht außer dem Klumpfuß und der Schnürfurche am Unterschenkel eine tiefe zirkuläre Schnürfurche an der Grenze des mittleren und unteren rechten Oberarmdrittels. Die Ernährung des peripheren Gliederabschnittes hat nicht gelitten, es fehlen auch die zuweilen beobachteten Ödeme, dagegen besteht eine durch die Schnürfurche bedingte Lähmung des N. radialis und eine Parese des N. ulnaris. — Die durch die Nervenlähmung bedingten Veränderungen werden von Herrn Cassirer eingehender dargelegt.

c. Familiäre Skoliosen.

Die Erblichkeit der Rückgratverkrümmungen ist seit langem bekannt und wird auf 25% der Fälle geschätzt. Die Kinder bringen die Skoliose nicht mit auf die Welt, sie tritt vielmehr erst später in die Erscheinung. Bei den einzelnen Familienmitgliedern beobachtet man gewöhnlich dieselben Formen der Dorsal- resp. Lumbalskoliose und mit Abweichung derselben Wirbel. J. demonstriert dies an einem Zwillingspaare, zwei Mädchen von 8 Jahren. Für solche Fälle habe man nicht nur die Vererbung einer Schlaffheit und Widerstandslosigkeit der konstituierenden Elemente der Wirbelsäule anzunehmen, man könne geradezu vermuten, daß die Skoliosen im Keim angelegt seien.

Diskussion zu b.: Herr Hoffa demonstriert an mehreren Fällen von Klumpfuß, daß die dabei vorkommenden Schnürfurchen immer an derselben Stelle sitzen, an der Grenze des mittleren gegen das untere Drittel des Unterschenkels. Daraus könne man wohl schließen, daß sie durch andere entwicklungsgeschichtliche Momente bedingt seien.

3) Herr Hoffa: Die kongenitale Coxa vara.

Eine nicht unerhebliche Anzahl der Fälle von Coxa vara muß als angeboren betrachtet werden; sie beruhen nicht auf frühzeitig entstandenen traumatischen Epiphysenlösungen oder auf rachitischer Basis; denn ein Trauma läßt sich bei ihnen ätiologisch gar nicht oder nur gezwungen nachweisen, und es bestehen bei den Kranken sonst keine Zeichen von Rachitis. Für den kongenitalen Ursprung sprechen die Fälle, wo man die Schenkelhalsverbiegung doppelseitig beobachtet hat, oder wo neben der Coxa vara eine andere Mißbildung, wie kongenitale Hüftluxation der anderen Seite, vorhanden war; endlich, wo sie vorhanden war, ehe die

Kinder noch gelaufen hatten. Im Röntgenbilde lassen sich besonders die rachitischen von den als kongenital aufzufassenden Formen trennen. Abgesehen von der Veränderung des Schenkelhalswinkels ist bei den kongenitalen die Pfanne im oberen Teile leer, der Kopf füllt nur ihre untere Hälfte aus und steht mit seiner unteren Zirkumferenz außer Berührung mit der Pfanne; der der Epiphysenlinie entsprechende Spalt zwischen Kopf und Hals liegt senkrecht, es bestehen keine rachitischen Veränderungen am Femur und anderen Teilen. Bei den rachitischen Fällen füllt der Kopf die Pfanne aus, die Epiphysenlinie verläuft schräg von oben außen nach unten innen. Die Femurdiaphyse ist verbogen. Ein Fall mit doppelseitiger Erkrankung bei einem 3jährigen Knaben mit sehr schwerer Funktionsstörung durch behinderte Abduktion kam zur Resektion. Die Präparate bestätigten die kongenitale Natur; der Kopf war noch zum größten Teile knorplig mit einem größeren Knochenkern in der Mitte, die Epiphysenlinie* war sehr breit und mit einigen knöchernen Inseln durchsetzt. Im Knorpel fehlte jede Wucherung, wie sie für Rachitis charakteristisch ist. Das funktionelle Endresultat war übrigens ein gutes, die oberen Femurenden standen gut und beweglich in der Pfanne; am linken Beine resultierte eine Verkürzung von 1½ cm, die durch hohe Sohle ausgeglichen wurde.

Diskussion. Herr Maas stimmt für eine gewisse Anzahl der Fälle den Ausführungen Hoffa's bei, möchte aber hervorheben, daß auch frühzeitige mechanische Einflüsse bei Neugeborenen, wie lange nach der Geburt innegehabte Flexions- und Außenrotationsstellung des Beines in der Hüfte das Leiden hervorrufen können. Es würde sich bei diesen um Wachstumsstörungen, bedingt durch Zwangshaltungen, handeln, wie M. sie experimentell bei jungen Tieren beobachtet hat, wo ähnliche Verbiegungen und Richtungsänderungen in relativ kurzer Zeit erzeugt werden können.

Herr Joachimsthal ist gleichfalls der Ansicht, daß für eine Reihe von Fällen kindlicher Schenkelhalsverbiegungen die intra-uterine Entstehung anzunehmen ist. Er führt dafür noch gewisse Beckenveränderungen an, die denen bei angeborener Hüftverrenkung analog sind, besonders eine schräge Richtung des Pfannendaches. Außer den rachitischen Formen hält er für manche Fälle die traumatische Genese fest. Alle Fälle mit vertikal verlaufender Epiphysenlinie als rein kongenital aufzufassen, sei unmöglich, weil die Veränderung des Ganges und die sonstigen klinischen Erscheinungen sich erst nach den ersten Lebensjahren zu entwickeln pflegen.

4) Herr Wollenberg: Die arterielle Versorgung von Muskeln und Sehnen.

W. hat an injizierten Leichen die arterielle Gefäßversorgung von Muskeln und Sehnen studiert. Es wurden von abpräparierten einzelnen Muskeln mit ihren Sehnen Röntgenbilder angefertigt, welche demonstriert werden. Es wird durch sie die außerordentlich reiche Gefäßversorgung der Muskelsubstanz veranschaulicht. Es ergab sich, daß die Beuger im allgemeinen reicher versorgt sind als die Strecker, und daß die funktionell wichtigen Muskeln vor anderen weniger wichtigen besser gespeist sind. Bezüglich der Versorgung der Sehnen bestätigt sich die schon längst bekannte Tatsache, daß sie ihr arterielles Blut von den Arterien des umgebenden Peritendineum empfangen. In praktischer Beziehung mahnt die letztere Tatsache, bei Sehnenoperationen dies umgebende Gewebe nach Möglichkeit zu schonen.

5) Herr Helbing: Über seltene Fußdeformitäten.

H. bespricht unter Demonstration von Kranken eine bisher noch wenig gewürdigte Stellungsanomalie des Fußes, die sich von den bekannten Fußdeformitäten ganz scharf differenzieren läßt, und deren Charakteristikum eine ausschließlich auf den Metatarsus sich beschränkende Varusstellung ist.

Man kann eine angeborene und eine erworbene Form unterscheiden; die angeborene ist außerordentlich selten und, wie es scheint, konstant mit einer Valgusstellung des Hinterfußes kombiniert.

Der erworbene Metatarsus varus hat verschiedene Ursachen. Es kann 1) ein kompensatorischer sein im Gefolge des rachitischen Genu valgum. 2) findet er sich als traumatischer bei Frakturen des I. und II. Metatarsus, und 3) gibt es arthro-

gene Formen nach akut oder chronisch entzündlichen Prozessen im I. Metatarsotarsalgelenk.

Die Behandlung der Deformität besteht in dem modellierenden Redressement; macht die Beseitigung der manchmal vorhandenen Varusstellung und Plantarflexion der großen Zehe Schwierigkeiten, so wird die Durchschneidung der Beugesehne und Keilresektion aus dem I. Metatarsophalangealgelenk notwendig.

Diskussion. Herr Joachimsthal berichtet über zwei von ihm beobachtete Fälle von Metatarsus varus kongenitalen Charakters und demonstriert einen Pat., bei dem die Deformität an beiden Füßen, von der Mutter vererbt, in ausgeprägtem Maße besteht. Die Veränderungen an den Mittelfußknochen waren auch im Röntgenbilde zu erkennen.

6) Herr Selberg: Zur Klumpfußbehandlung.

S. bespricht die Technik des Klumpfußverbandes, wie er in der Klinik des Herrn Geh.-Rat Hoffa geübt wird. Es wird stets ein leicht und gleichmäßig gepolsterter Gipsverband angelegt. Bei der Anlegung soll der Fuß während des Umlegens der Gipsbinden schwebend gehalten und in möglichst redressierter Stellung von den Assistenten an Knie und Zehen fixiert werden, damit nachträglich eine möglichst geringe Korrektur nötig sei. Es wird demonstriert, wie die gewöhnlich erforderlichen Ausschnitte an den durch Decubitus am meisten gefährdeten Stellen angelegt werden. Vorstellung von Pat.

7) Herr J. Fränkel: Eine Verbesserung der Bier'schen Saugapparate.

Die Bier'schen Saugapparate, in denen der Luftdruck als bewegende Kraft verwendet wird, können orthopädischen Maßnahmen nutzbar gemacht werden; ihr Effekt wird durch die schmerzstillende und auflösende Wirkung der gleichzeitig entstehenden Hyperämie wesentlich erhöht. Um einem versteiften Glied im Sauggefäß die gewünschte Stellung zu geben, sind gewisse Vorkehrungen nötig. F. hat eine solche in einem verstellbaren Stativ für die Hand geschaffen. Stellt man dasselbe in das Sauggefäß, so findet die Hand einen geeigneten Widerhalt und ist gezwungen, die ihr vorgeschriebene Bahn einzuschlagen; man kann so den Faustschluß, die Flexion und Extension leicht und korrekt ausführen lassen. Eine zweite Vorrichtung bezweckt, die Supination und Pronation zu ermöglichen; dies geschieht dadurch, daß die Hand innerhalb eines zylindrischen Hohlraumes auf einer in Form einer Spirale verlaufenden Gleitebene in den Saugapparat hineingetrieben wird.

Die Apparate sind in der Hoffa'schen Klinik zur Mobilisierung von Gelenkversteifungen seit längerer Zeit mit bestem Erfolge benutzt worden. Demonstration der Apparate an Pat. mit hochgradigen Fingerversteifungen.

Richard Wolff (Berlin).

---

13) **Betogh.** Osservazioni cliniche e ricerche sperimentali sugli effetti del cloroformio somministrato in ambienti forniti di fiamme e gas illuminante.

(Policlinico 1904. Ser. chir. Nr. 12.)

In der chirurgischen Klinik zu Messina mußten zwei Narkosen gemacht werden, während ein provisorischer Gasofen verwandt wurde. Mehrere Assistenten bekamen Kopfschmerzen usw., die eine Kranke (Ovariotomie) eine akute hämorrhagische Nephritis, Erbrechen und Kollaps, von dem sie sich erholte. Der zweite Pat. (Bassini) starb an einer akuten Blutung in den Bauch und die verschiedenen Schichten der Wunde. Eine große Gefäßläsion lag nicht vor. Es wird eine Schädigung der Gefäßwände durch Zersetzungsprodukte angenommen. Zersetzung des Chloroforms bei Gaslicht ist gefährlicher als die Einatmung von Zersetzung des Gases selbst. Kaninchenexperimente ergaben vor allem eine schwere Veränderung der Nieren mit Zerfall von Epithelien der Glomeruli und Harnkanälchen und Blutaustritt ohne wahre Hämoglobinurie.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

14) **H. Lossen.** Die Bluterfamilie Mampel in Kirchheim bei Heidelberg. II. Bericht.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI. p. 1.)

Oben genannte Familie ist seit 1827 durch genaue ärztliche Beobachtung, zuerst durch Chelius, später durch Mutzenbecher und L., der bereits 1876 über sie berichtete, als exquisite Bluterfamilie bekannt. Über die mittlerweile hinzugekommene zahlreiche Nachkommenschaft und deren Beteiligung an der Krankheit gibt L. jetzt neuerdings eingehenden Bericht, zu dessen Abfassung das Studium der kirchlichen Geburts- und Sterberegister in den Wohnorten der Familien, teilweise aber auch eigene ärztliche Behandlung der Bluterkranken das Material gewährte.

Ein von L. angefertigter Stammbaum der Familie, der sich über vier Generationen und 212 Mitglieder erstreckt, und in dem Bluter, Knaben und Mädchen, sowie Todesfälle an Verblutung markiert sind, gibt einen Überblick über die Resultate der Nachforschung. Das Vererbungsgesetz, das L. aus seiner Statistik ableitet, lautet: »Nur Knaben sind Bluter«, vererben aber niemals die Anlage zu Blutungen. Mädchen sind niemals »Bluter«, vererben aber die Anlage. Im ganzen fanden sich unter 207 Familienmitgliedern 37 Bluter, sämtlich männlich, 33,33%. Die kurzen Krankengeschichten derselben werden mitgeteilt. 18 Personen, also fast die Hälfte der Bluter, sind an Verblutung zugrunde gegangen, und zwar meistens im Kindesalter. Dem Sitze nach sind Blutungen unter die Haut am häufigsten notiert — 16 Fälle (2 †); es folgen äußere Hautwunden 10mal (2 †); auch 2 Nabelschnurblutungen endeten tödlich. 10mal ist starkes Nasenbluten, 9mal sind Lippenblutungen (5 †) notiert. Desgleichen sind Zahnfleischblutungen (9), Verletzungen des harten Gaumens (4 Fälle, 2 †), Magenblutungen (2 Fälle, 1 †), Mastdarmblutung, Blutharnen, Lungenblutung usw. sowie Hämarthros (6 Fälle am Kniegelenke) vertreten. Die Hämophilie ist eine so zweifellos erbliche Krankheit, daß Beobachtungen, wo Heredität nicht vorhanden ist, von der Diagnose auszuschließen sind. Die Ursachen der Hämophilie sind noch gänzlich dunkel. Ein Mangel völliger Gerinnungsfähigkeit des Blutes liegt nicht vor, und erwiesen sich chemische Mittel sowie Platina candens zur Blutgerinnung nicht als unwirksam; aber die Gerinnsel sind abnorm leicht ablösbar und bedürfen zur Haltbarkeit eines kleinen Druckverbandes, der freilich an Lippe, Zunge usw. nicht anwendbar ist. Wahrscheinlich liegt die Ursache der verlangsamten Blutstillung in einem uns noch unbekannten Chemismus im Blute. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

15) **Plagemann.** Beiträge zur direkten operativen Behandlung der Wirbelsäulentuberkulose.

Diss., Rostock, 1905.

Zehn Fälle von abszedierender tuberkulöser Spondylitis, in welchen der Knochenherd selbst freigelegt und dann ausgekratzt wurde. Es gelang 6mal, so weit bis zu dem Herde vorzudringen, daß derselbe dem Auge sichtbar gemacht wurde. Das Resultat war trotzdem kein sehr günstiges; denn drei Pat. starben bis zu 6 Monaten. Fünf Pat. wurden zwar gebessert entlassen, sind aber trotzdem in nicht allzu langer Frist an Tuberkulose gestorben. Ein Fall ist seit 3 Jahren geheilt, in einem Fall ist eine Fistel vorhanden, »die den Eindruck macht, als ob der definitive Schluß in kürzester Zeit bevorsteht«. **Coste** (Straßburg i. E.).

16) **Rottenstein.** Mal de Pott dorsal à début scoliotique.

(Revue d'orthopédie 1905. Nr. 1.)

Gerade Kirmisson hat immer auf die Möglichkeit hingewiesen, daß sich hinter einer anscheinenden Skoliose eine beginnende Spondylitis verstecken könne und zur Vorsicht in der Diagnose gemahnt. Er läßt hier einen Fall veröffentlichen, wo er selbst sich geirrt hat. **Herm. Frank** (Berlin).

17) Burr. Aneurysm of the descending thoracic aorta causing erosion of the vertebrae and symptoms simulating Pott's disease.

(Univ. of Pennsylvania med. bulletin 1905. März.)

Verf. berichtet über einen 55jährigen Mann, bei welchem seit 4 Jahren eine zunehmende Kyphose im unteren Brustteile mit Erscheinungen von Kompression des Markes sich entwickelt hatte. Da die klinischen Erscheinungen ausschließlich auf die Wirbelsäule hinwiesen, und die Tuberkulinprobe positiv ausfiel, wurde eine tuberkulöse Spondylitis angenommen. Die Autopsie ergab jedoch ein großes, geplatztes Aneurysma der absteigenden Aorta; die Wirbelkörper und Zwischenwirbelscheiben vom 4.—10. Brustwirbel waren ausgedehnt arrodiert, und die freiliegende Dura des Markes war mit der Hinterwand des Aneurysmas verwachsen. Mikroskopisch wurde eine chronische Pachymeningitis und auf- und absteigende Markdegeneration über- und unterhalb der Stelle des stärksten Druckes gefunden. Die Differentialdiagnose zwischen Arrosion der Wirbelkörper durch Aneurysmen und tuberkulöser Spondylitis wird besprochen. **Mohr** (Bielefeld).

18) Murphy. A case of cervical rib with symptoms resembling subclavian aneurisme.

(Annals of surgery 1905. Nr. 3.)

Der betreffende Fall von Halsrippe täuschte wegen der starken Pulsation in der linken oberen Schlüsselbeingrube ein Aneurysma der A. subclavia vor. Durch Resektion der Halsrippe wurden alle Beschwerden: Taubsein der Finger, Kribbeln usw., geheilt. Nach Verf. entwickeln sich die Halsrippen nicht vor Eintritt der Pubertät, und gehen sie von den Ossifikationszentren der Proc. transvers. aus. Die Symptome bestehen in Erscheinungen von seiten des gedrückten Nervenplexus und der gedrückten Arterie, welche jedoch fast niemals so stark werden, daß es zur Gangrän kommt. Die Vena subclavia ist durch den M. scalenus anterior vor dem Drucke der Halsrippe geschützt. **Herhold** (Alsona).

19) Mac Callum. Tumor of the parathyroid gland.

(Johns Hopkins hospital bull. 1905. März.)

Mitteilung über die dritte bisher überhaupt bekannt gewordene derartige Geschwulst. Sie wurde zufällig bei der Autopsie eines 26jährigen Mannes gefunden, war rundlich, 2 cm im Durchmesser, ziemlich weich, von weiß-gelblicher Farbe und zeigte die Struktur der Glandula parathyreoidea. Außer der normalen Schilddrüse waren noch zwei unveränderte Gl. parathyreoideae vorhanden. Die Geschwulst lag rechts dicht unterhalb der Schilddrüse und war ganz von ihr getrennt.

W. v. Brunn (Rostock).

20) E. Gerber. Erstickung infolge Durchbruchs einer kompakten verkästen Lymphdrüse in die Trachea.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 361.)

Ein 6jähriger Knabe, plötzlich von Erstickungsnot befallen, wurde schleunigst in das Konstanzer Krankenhaus gebracht, langte dort aber bereits als Leiche an. Bei der Sektion fand sich: käsige Lymphome vor der Bifurkation der Luftröhre, eine dieser Drüsen hat die Vorderwand der Luftröhre, bezw. die Wurzel des rechten Bronchus etwa erbsengroß perforiert und durch dieses Loch einen etwa haselnußgroßen, käsigen Drüsenteil in die Lichtung des Luftweges einschlüpfen lassen (vgl. zwei Präparatabbildungen). Im rechten oberen Lungenlappen mehrere tuberkulöse Herde, linke Lunge frei. G. nimmt an, daß der Unfall sich schleichend derart vorbereitete, daß von der käsigen Drüse aus die Luftröhrenwand infiziert und allmählich zum Zerfall gebracht wurde. Zunächst erfolgende kleinere Einbrüche käsigen Materials in den Luftweg führten durch Aspiration zur Tuberkulose der rechten Lunge. Schließlich mag gelegentlich durch den Druck eines Hustenstoßes das größere zur Erstickung führende Drüsenfragment in die Luft-

röhre gepreßt worden sein. — Die zur Sache gehörige Literatur (Verzeichnis von 6 Nummern) wird kurz angezogen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

21) **R. Teissing.** Kongenitaler Defekt der Brustmuskeln.

(Časopis lékařů českých 1905. p. 272.)

Der Verf. beschreibt einen Fall von angeborenem Defekt der Brustmuskeln, der in die zweite Gruppe der Kopfstein'schen Einteilung (s. dieses Zentralblatt 1905 Nr. 1) gehört. Bei dem 15jährigen, schwächlichen Jüngling wurde der Defekt zufällig entdeckt, da er dem Träger nicht die geringsten Beschwerden, nicht einmal beim Turnen verursacht hatte. Die rechte Thoraxhälfte ist oben abgeflacht; sinistrokonvexe Skoliose; das rechte Schulterblatt steht tiefer und näher zur Wirbelsäule als das linke. Die rechte Brustwarze steht um 1 cm niedriger und um 2 cm näher zur Mittellinie des Brustbeines als die linke, ist lichter pigmentiert und hat einen schmäleren Pigmenthof. Die aktive und passive Beweglichkeit des rechten Schultergelenkes ist ganz normal. Vom rechten M. pectoralis major ist nur der obere Anteil bis zum Unterrande der zweiten Rippe entwickelt, der M. pectoralis minor fehlt vollständig; der Rest des M. pectoralis major, der M. latissimus dorsi, teres major und cucullaris sind kompensatorisch hypertrophiert. Die rechte Achselhöhle ist flacher und steht scheinbar höher; das rechte Schlüsselbein ist stärker gekrümmt und kürzer.

Der Autor führt den Defekt auf ein Trauma zurück, das der Fötus durch einen Sturz der Mutter im 6. Schwangerschaftsmonat erlitten hatte (1 Abbildung).

G. Mühlstein (Prag).

22) **Faure.** The surgery of the posterior mediastinum; its past and its suture.

(Bull. of the John Hopkins Hospital 1905. April.)

F., Chirurg in Paris, gibt hier eine sehr kurze und unvollständige Übersicht über dies Gebiet. Er behauptet, daß, abgesehen von Abszeßinzisionen, noch niemals mit Erfolg der Weg durch das hintere Mediastinum operativ beschritten worden sei, obwohl doch bekanntlich bereits vor mehreren Jahren Enderlen auf diese Weise mit vollem Erfolg ein Gebiß aus der Speiseröhre entfernte.

F. selbst hat zweimal den Versuch unternommen, auf diesem Wege ein Ösophaguskarzinom zu entfernen; die Operation gelang auch, doch wurden durch das eingelegte Drainrohr so große Luftmengen bei jedem Atemzug aspiriert, daß beide Pat. nach 24 Stunden an »extrapleuralem Pneumothorax« zugrunde gingen.

Verf. empfiehlt, besonders bei Operationen in den oberen Partien des hinteren Mediastinum, die Resektion der ersten Rippe stets derjenigen der anderen Rippen hinzuzufügen, dann könnte man den Thorax durch Abziehen der Schulter aufklappen wie ein Buch. Durch Fortlassen der Drainage hofft er in Zukunft der Luftaspiration begegnen zu können und erwartet weitere Unterstützung von der Anwendung der Sauerbruch'schen Kammer.

In den beiden von ihm operierten Fällen war es weder zu Nachblutung noch zu Temperatursteigerung gekommen. **W. v. Brunn** (Rostock).

23) **E. Busch.** Ein Fall von Gynäkomastie.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1905. [Russisch.])

Der 28jährige Pat. hatte vor 7 Jahren eine etwa walnußgroße Geschwulst im Bereiche der linken Mammilla bemerkt, die, auch sonst druckempfindlich, in letzter Zeit zu wachsen und zu schmerzen begann. Sekretion wurde nicht bemerkt.

Bei der Untersuchung fand sich tatsächlich eine halbkuglige Geschwulst von derber Konsistenz und leicht höckriger Oberfläche, die mit der Haut nicht verwachsen war. Nach der Exstirpation erwies sie sich als 7,5 cm lang, 5,5 cm breit und ungefähr 1 cm dick. Mikroskopisch bestand sie überwiegend aus Bindegewebe, das stellenweise hyalin entartet war. In großer Zahl fanden sich mannigfach geformte Zellen, die namentlich die Umgebung der drüsigen Elemente infiltrierten.

Letztere hatten die Gestalt von Schläuchen, nur an einer Stelle wurde ein Bild gefunden, das an Acinusbildung erinnerte. Das Epithel in den Drüsenschläuchen war fast überall in 2—3 Schichten angeordnet, ein Befund, der hier zum erstenmal erhoben wurde, wie B. ausdrücklich betont.

Zusammenfassend meint B., daß in seinem Fall eine Mastitis pubescentium virilis offenbar nicht ohne Einfluß auf die Entwicklung der Gynäkomastie geblieben ist, wobei das Drüsengewebe einen lebhaften Anteil an der Vergrößerung des Organs genommen und vielleicht den Anstoß dazu gegeben hat.

V. E. Mertens (Breslau).

24) E. Owen. The »cure« of cancer.

(Lancet 1905. April 15.)

Der bekannte Autor bekennt sich hier als Pessimist in seinem Glauben an Krebsheilung durch Operation. Er berichtet über einen Fall von Brustkrebs, den er bei einer damals 55jährigen Frau in den Jahren 1876—79 behandelte und weswegen er zunächst die Mammaamputation vornahm; es traten dann im Laufe der nächsten 3 Jahre dreimal ausgedehnte lokale Rezidive auf, so daß Verf. schließlich die Kranke in das »Royal hospital for incurables« aufnehmen ließ. Dieses Frühjahr erhielt nun Verf. von der nunmehr 84jährigen Greisin einen Brief, der ihm ihr ausgezeichnetes Befinden mitteilte.

Wer möchte hier, meint Verf., behaupten, es handle sich hier um einen operativ geheilten Krebsfall im Sinn unserer heutigen chirurgischen Tabellen?

H. Ebbinghaus (Dortmund).

25) Clairmont und Ranzi. Kasuistische Beiträge zur Behandlung der diffusen eitrigen Peritonitis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 1 u. 2.)

Verff. berichten über 41 Fälle von diffuser eitriger Peritonitis, welche an der v. Eiselsberg'schen Klinik beobachtet wurden. 25mal war der Ausgangspunkt der Bauchfellentzündung der Wurmfortsatz, und in 15 Fällen davon hatte es sich um den ersten Anfall gehandelt. Gegenüber den durch Perforation des Wurmfortsatzes entstandenen Peritonitiden ergab die Bauchfellentzündung im Anschluß an perityphlitischen Abszeß ein schlechteres Resultat. Von den bis zum 2. Tage operierten Fällen wurde die Hälfte gerettet, die am 3. Tage in Behandlung gekommenen Pat. starben dagegen alle. Der Wurmfortsatz wurde bei diffuser Peritonitis prinzipiell entfernt. Die Zahl der Heilungen mittels Operation betrug 40%. — Nach Magenperforation wurde 6mal diffuse Peritonitis behandelt. In fünf Fällen saß die Durchbruchstelle an der vorderen Magenwand. Zum Verschluß derselben wurde Tamponade, Naht oder Netzplastik angewandt. Die Exzision des Geschwüres erwies sich meist für die geschwächten Pat. als zu schwierig und eingreifend. Therapeutisch wurde bei diesen Fällen ebenso wie bei den vorerwähnten Appendicitispatienten Kochsalzspülung in ausgedehntem Maße verwendet. Wesentlich schien es, bei den Kranken mit Magenperforation eine Jejunostomie hinzuzufügen, um den Magen auszuschalten. Drei von den sechs Pat. überstanden den Eingriff und wurden gesund, wenn auch erst nach längerem Krankheitsverlauf. Zwei Pat. mit diffuser Peritonitis nach Duodenumperforation starben. Im übrigen handelte es sich um Peritonitiden durch Cholelithiasis, geplatzten parametritischen Abezeß, inkarzerierte Hernien und Trauma.

Das Verfahren, welches bei den diffusen Peritonitiden angewendet wurde, bestand meist in Anlegung eines Medianschnittes, wo die Diagnose nicht auf eine bestimmte Gegend als Ausgangspunkt hinwies und die Wahl einer anderen Schnittrichtung wünschenswert machte. Dann wurde die Perforationsstelle aufgesucht und auf die oder jene Art verschlossen. Unter Eventration der Därme wurde energisch mit Kochsalzlösung ausgespült, bis die letztere klar abfloß. Neben der mechanischen Wirkung der Beseitigung des Exsudates sind als weitere günstige Wirkung die Anregung der Leukocytose und die Erhöhung des Blutdruckes hervorgehoben. Als beste Versorgung der Laparotomiewunde erwies sich breites Offenlassen und

Mikulicztamponade. Subkutane Kochsalzinfusionen wurden häufig angewendet, oft 6—8mal an einem Tage je 1000 ccm der Lösung appliziert. Magenausspülungen. Einlegen eines Mastdarmrohres erleichterten oft die Beschwerden. Von Atropin und Physostigmin sahen Verff. keinen Nutzen; Morphium wurde nie gegeben, um nicht das Einsetzen der Peristaltik zu verzögern.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

26) **Wagner.** Bruchbandpelotte aus modellierbarem Material.

(Ärztl. Polytechnik 1905. März.)

Das Material dea Pelotte verflüssigt sich anfangs nach dem Anlegen des Bruchbandes durch die Körperwärme, legt sich alsdann exakt der Bruchpforte an und wird nun in dieser Lage wieder hart. Es liegt somit der Bruchpforte vollkommen plastisch an und hält den Bruch zurück, sozusagen ohne zu drücken.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

27) **J. Eisenzimmer.** Über Darmblutungen nach Brucheinklemmung.

Inaug.-Diss., Straßburg, 1905.

Aus der Literatur stellt Verf. die veröffentlichten 14 Fälle zusammen und berichtet über zwei neue der Straßburger chirurgischen Klinik. Das eine Mal trat die Darmblutung nach der Herniotomie eines kindskopfgroßen Leistenbruches, das andere Mal nach der Reposition eines straußeneigroßen Hodensackbruches in Narkose auf. Bei keinem der Pat. hatte dies Ereignis ernstere Folgen. Verf. unterscheidet drei Arten von Blutungen nach Darmeinklemmung: 1) arterielle, die kurze Zeit nach der Reposition eintreten, 2) venöse, infolge von Thrombose, die erst nach mehreren Tagen durch Blutabgang im Stuhl manifest werden und 3) solche infolge Schleimhautabstoßung, die ebenfalls erst nach längerer Zeit Erscheinungen machen. Die Prognose ist nach den bisher beobachteten Fällen eine durchaus günstige.

Müller (Dresden).

28) **L. Heidenhain.** Geschichte eines Falles von chronischer Inkarzeration des Magens in einer angeborenen Zwerchfellhernie, welcher durch Laparotomie geheilt wurde, mit anschließenden Bemerkungen über die Möglichkeit, das Cardiakarzinom der Speiseröhre zu resezieren.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI. p. 394.)

Der Fall von Magen-Zwerchfellhernie betrifft einen 9jährigen Knaben, welcher früher die Radikaloperation eines linksseitigen Pleuraempyems durchzumachen gehabt hatte. Bei der Operation war vorübergehend in der Tiefe ein wie Netz aussehender Gewebsfetzen zu Gesicht gekommen, übrigens war die Heilung ungestört verlaufen. Hinterher hatten sich sehr schwere Symptome von Pylorusstenose mit großer Stauung im Magen entwickelt und, da durch Perkussion (tympanitischer Ton in der Herzgegend und unteren Axillargegend) sowie durch freilich nicht deutliche Röntgenbilder der Hinweis auf eine Zwerchfellhernie gegeben war, wird in der Vermutung, der Magen könne in dieser geknickt sein, zur Operation geschritten. Letztere, mittels Laparotomie in der Mitte, bestätigt die Diagnose. Der linke Teil des Colon transversum hat keinen Zusammenhang mit dem Magen (Fehlen des Lig. gastro-colicum) und läßt sich leicht nach unten ziehen. Der ganze Magen, mit Ausnahme der Portio pylorica, ist durch einen dicht vor der Wirbelsäule liegenden Zwerchfellspalt nach oben in die Pleurahöhle verlagert, läßt sich aber der Hauptsache nach unschwer in die Bauchhöhle zurückziehen. Zu seiner völligen Befreiung müssen noch Netzverwachsungen zu beiden Seiten des Zwerchfellspaltes unterbunden und getrennt werden. Es zeigte sich, daß diese Netzteile direkt an der großen Magenkurvatur (nicht am Kolon) gesessen hatten, und daß der Magen, um die Bruchpforte zu passieren, sich um seine Transversalachse von vorn nach unten, hinten und oben gedreht hatte (also ein »halber Volvulus« des Magens). Die Naht des Zwerchfellschlitzes, auf den es dem Verf. in technischer Beziehung wesentlich ankommt, vollendete den Eingriff. Der Spalt geht in einer

Breite von ca. 2,5 cm, unmittelbar vor der Cardia beginnend, durch die ganze linke Zwerchfellshälfte bis in die hintere Axillarlinie. Der linke Teil des Schlitzes ist bequem vernähbar. Die Stiche gehen durch die Muskulatur, das pulsierende Herz wird zurückgeschoben, vielleicht ist der Herzbeutel von den Stichen mit gefaßt. In der Mittellinie des Körpers, wo sich die Milz im Spalte fixiert fand, wird letztere mit einem Streifen Netz gedeckt. Der äußerste nach rechts gelegene Teil des Spaltes hinter und über der Leber bleibt mit Rücksicht auf große hier pulsierende Gefäße ungenäht, doch wurden nach hier zwecks Einleitung kräftiger Verwachsungen Jodoformgazestreifen eingeschoben. Es trat völlige Heilung ein.

Die Operation zeigt die Möglichkeit eines sicheren und erfolgreichen Hantierens am hintersten Zwerchfellpol, und ist diese Tatsache für die Frage der Cardiakarzinomexstirpation von Belang. Am Hunde hat H. einmal die Cardia exstirpiert und den Speiseröhrenstumpf in den Magen eingepflanzt, mit glücklichem Ausgange. Er macht für den Eingriff am Menschen folgende Vorschläge: 1) Gibt der einfache Bauchschnitt keine genügende Zugänglichkeit, so mögen eine Anzahl Rippenknorpel links unten subkutan reseziert werden. 2) Die Verbindung zwischen Speiseröhrenstumpf und Magen werde am besten am Magengrunde vorgenommen, da dieser besser beweglich und an ihm daher keine Nahtspannung zu befürchten ist. Das von der Cardiaexzision hinterlassene Loch wird geschlossen. Die Verbindung werde durch Naht, nicht, wie Sauerbruch wollte, durch Murphyknopf hergestellt; die Naht ist allemal zuverlässiger. Um auch noch die geringste Nahtspannung zu vermeiden, werde die linke Zwerchfellhälfte auf eine mäßige Strecke horizontal geschlitzt und der Magen genügend weit in das Mediastinum emporgeschoben. Er werde mit etlichen sicheren Nähten in dem Zwerchfellschlitz befestigt. 3) Beim Freimachen der Cardia ist mit der Eröffnung der Pleurahöhlen zu rechnen. Um üble Folgen einer solchen zu verhüten sind in die Pleurarisse sofort starke Tampons einzulegen. Mit ihnen kann man Pneumothorax usw. verhüten. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

29) **v. Eiselsberg.** Abgeschnürter Darminhalt einer Hernia ischiadica.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 1 u. 2.)

v. E. fand bei einem $1^1/_2$jährigen Knaben eine Hernia ischiadica, welche nach dem klinischen wie operativen Befund als eine angeborene betrachtet werden mußte. Dieselbe trat oberhalb des Musc. pyriformis hervor. Den Inhalt der Hernie bildete ein total abgeschnürtes, beiderseits wie eine ausgeschaltete Darmschlinge blind abgeschlossenes Darmstück, das an einem Mesenterialstiel aufgehängt erschien und bei dem chirurgischen Eingriff exstirpiert wurde. Wahrscheinlich ist im intrafötalen Leben eine in die Hernie vorgewölbte und eingeklemmte Darmschlinge durch Gangrän mit Erhaltung des im Bruchsacke liegenden Darmteiles abgeschnürt worden. Eine andere Erklärung wäre die, daß es sich um eine angeborene Mißbildung, d. h. um ein Teratom oder um eine parasitäre Doppelmißbildung gehandelt hat. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

30) **W. Bogoljubow.** Die Darminvagination als Methode zur Ausschaltung gangränöser Darmpartien.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1905. [Russisch.])

Eine Reihe von Autoren haben empfohlen, Darmabschnitte, die innerhalb eingeklemmter Brüche in ihrer Ernährung schwer geschädigt oder schon brandig geworden sind, einfach in den abwärts gelegenen Darm zu invaginieren und die nun aneinanderliegenden Serosen durch Lembertnähte zu vereinigen. Über die Dauererfolge dieses Verfahrens läßt sich noch nicht viel sagen. Ein Fall von nachfolgender Narbenstriktur ist jedenfalls bekannt (Henriksen). Aus dem bisher vorliegenden Materiale zieht B. den Schluß, daß der Grad der Schädigung gleichgültig sei, wogegen das invaginierte Stück nur kurz sein dürfe.

Der von B. mitgeteilte, von Rasumowski operierte Fall spricht für die Methode.

Die 50jährige Pat. hatte einen eingeklemmten linksseitigen Schenkelbruch. Es erwies sich, daß ein Stück Dünndarmwand eingeklemmt war. »Auf der Darmwand fanden sich Blutaustritte, und die Oberfläche war in einer Ausdehnung von 3 cm Länge und $^1/_2$ cm Breite geschwürig.« Die geschädigte Partie wurde invaginiert, wie oben beschrieben. Verlauf glatt.

Der Eingriff fand am 4. Februar 1901 statt. Im Mai 1904, also reichlich 3 Jahre später, war Pat. munter, hatte insbesondere keinerlei Beschwerden von seiten ihres Darmes.

V. E. Mertens (Breslau).

31) **Wenzel.** Zur Pathogenese und Radikaloperation der großen Mastdarmvorfälle.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI. p. 19.)

Mit Waldeyer und Ludloff ist W. der Ansicht, daß die großen Mastdarmvorfälle häufig richtigerweise als Perinealhernien anzusehen sind, und daß von diesem Gesichtspunkte aus ein angeborener Tiefstand der Peritonealumschlagsfalte im Douglas'schen Raum ätiologisch für das Leiden ausschlaggebend ist. W. bezieht sich auf die Figuren 369 und 371 in Zuckerkandl's topographischem Anatomieatlas, die zwei Fälle von erheblichem Tiefstande des Bauchfells im Douglas klar veranschaulichen, so daß die quasi Bruchsackbildung daraus erhellt. Die therapeutische Konsequenz, die aus einer derartigen Anschauung sich ergibt, führt zu der Ansicht, daß der pathologische Bauchfellblindsack im Douglas zu veröden ist, und liegt einer im folgenden Falle von W. im St. Marienhospital (Prof. Witzel) gemachten Operation zugrunde. 44jährige unverheiratete Pat., stets an habitueller Verstopfung mit Schleimabsonderung aus dem Mastdarme leidend; bei Pressen fällt die Rektumschleimhaut vor, und zwar zuerst und am meisten die Vorderwand: auch besteht Retroflexio uteri. Eine Kauterisation nebst Rectococcygopexie nach König hatte keinen Dauererfolg gehabt. Deshalb jetzt in Beckenhochlagerung Ventrofixation des Uterusgrundes, der stark retroflektiert tief im Douglas gelegen hatte, dicht oberhalb der Symphyse. Das tief herabreichende Bauchfell des Douglas wird von unten nach oben von Scheiden- und Uteruswand vorn, wie hinten vom Mastdarm in ca. 6 cm Länge abgelöst und die nackten Wände vom Mastdarm und andererseits von Scheide und Uterus zusammengenäht, so daß der ventrofixierte Uterus nunmehr den Darm trägt. Zwecks Verhütung einer Darmknickung Fixierung des S romanum am vorderen Parietalperitoneum in passender Weise. Glatte Heilung, gutes Resultat.

Bei Männern wäre in ähnlicher Weise die Excavatio recto-vesicalis zu veröden.

Außer der Verödung des tiefstehenden Douglas'schen Raumes ist die Schaffung eines kräftigen Beckenbodens Aufgabe der operativen Therapie, ein Erfordernis, dem Bier's Methode zu genügen geeignet erscheint: Exstirpation des untersten Mastdarm-Schleimhautzylinders, Zusammenraffen der übrigen Mastdarmhäute durch versenkte Catgutnähte, Einnähung des oberen Schleimhautstumpfes in den After. Eine Kombination dieser Methode mit der Douglasverödung erscheint empfehlenswert.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

32) **S. Petrulis.** Die vaginale Operation des Mastdarmkarzinoms.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1905. [Russisch.])

Nach einem Versuch, dieses Verfahren als das beste hinzustellen, führt P. drei eigene Fälle an:

1) Die 74jährige Pat. hatte eine exulzerierte Geschwulst der Aftergegend, die 5 cm hoch in den Darm hinaufreichte. Die Scheide wurde der ganzen Länge nach gespalten und der Darm nach Umschneidung der Geschwulst am Damm ohne große Mühe frei gemacht und abgetragen. Der heruntergezogene Mastdarm wurde um 180° gedreht und an die Haut genäht. Naht der Scheide. Obgleich alle Nähte aufgingen, gelang es doch, ein befriedigendes Resultat zu erzielen (Sekundärplastik). Nach 5 Jahren fortlaufender Beobachtung bekam die Kranke, die leidlich kontinent

war, ein »Leistendrüsenrezidiv«. Ob bei der Operation die Leisten ausgeräumt wurden, ist nicht mitgeteilt.

2) Pat. war 45 Jahre alt. Das obere Ende der Geschwulst, die dicht über dem After begann, war nur mit Mühe zu erreichen. In diesem Falle wurde das Bauchfell eröffnet, um den Darm beweglicher zu haben. 10 cm wurden amputiert, die Flexur wurde ohne Drehung an die Haut genäht. Es kam zu Eiterung aus den Cava ischiorectalia, die Nähte hielten aber. Nach 47 Tagen konnte Pat. mit Kontinenz für festen Stuhl entlassen werden.

3) 38jährige Frau. Geschwulst wie im vorigen Falle, aber mit Affektion des Afters. Die hintere und rechte Wand des Darmes frei, dagegen Perforation in die Scheide. Das Bauchfell wurde uneröffnet zurückgeschoben. Nach Amputation von 9 cm Darm wurde verfahren wie im vorigen Falle. Der Verlauf wurde dadurch kompliziert, daß der Darm sich zurückzog und der Damm nur mangelhaft heilte.

Die beiden letzten Fälle sind erst im Jahre 1903 operiert.

V. E. Mertens (Breslau).

33) **Ricketts.** Rupture of gallbladder.

(St. Louis med. review 1905. Februar 18.)

R. hat 203 Fälle von spontaner oder traumatischer Gallenblasenruptur zusammengestellt, um die Resultate der operativen und nichtoperativen Behandlung zu vergleichen. Von den spontanen Rupturen kamen 58% der operierten Fälle, dagegen nur 6% der nichtoperierten zur Heilung. 80% der erfolgreichen Operationen waren Cholecystotomien, 80% der erfolglosen breite Eröffnungen der Bauchhöhle. Bei den traumatischen Rupturen genasen nach der Operation 88%, ohne Operation nur 22%.

Mohr (Bielefeld).

34) **O. Wendel.** Ein Fall von Leberabszeß.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI. p. 290.)

Junger Arbeiter, nie im Auslande gewesen und stets frei von Darmleiden, der Anfangs August $1^1/_2$ Stockwerke herab mit dem Bauch auf einen Sandhaufen fiel, war danach 4 Tage wegen Kreuz- und Leibschmerzen bettlägerig; einige Schmerzen blieben zurück, die sich unter Hinzutritt von Gelbsucht verschlimmerten. Mitte Oktober als Rekrut eingestellt, zeigte Pat. hohes Fieber mit Vergrößerung und Schmerzhaftigkeit der Leber. Nach Eiter liefernder Probepunktion am Rippenrande in der Parasternallinie Inzision, welche durch das mit der Leber verwachsene Bauchfell und eine 1 cm dicke Leberschicht in eine kleinapfelgroße Abszeßhöhle führt. Gazedrainage, Heilung. Der Lebereiter enthielt Staphylokokkus aureus. Ätiologie: wahrscheinlich Leberquetschung durch den Fall, Infektion direkt vom Darm aus oder durch die Gallenwege.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

35) **F. Ehler.** Zur Kasuistik der Gallenoperationen.

(Časopis lékařů českých 1905. p. 112.)

Der Autor teilt drei sehr interessante Fälle mit:

1) Ein 45jähriger Advokat, der nie Symptome von Gallensteinen gezeigt hatte, erkrankte unmittelbar nach einer sehr opulenten Mahlzeit unter den Erscheinungen einer Darmverstopfung mit Perforationsperitonitis. Bei der Laparotomie konstatierte man Perforation der Gallenblase und entfernte 17 bis haselnußgroße Gallensteine. Bei der Sektion fanden sich Dekubitus und Perforation der Gallenblase. Die Perforation ohne vorangegangene Verwachsungen dürfte der überfüllte Magen verursacht haben.

2) Eine 32jährige Frau mit den Erscheinungen einer chronischen Appendicitis kam wegen Schmerzen und einer Geschwulst in der Ileocoecalgegend zur Operation. Bei derselben erwies sich die sehr tief liegende Geschwulst als die Gallenblase, aus der 5 Steine entfernt wurden. Heilung.

3) Eine 58jährige Frau litt seit 2 Jahren an Schmerzen in der Magengegend, seit 10 Monaten an zunehmendem Ikterus und intermittierenden Schüttelfrösten.

Große, harte, nicht schmerzhafte Lebergeschwulst. Bei der Operation fand sich eine erweiterte Gallenblase, ein dilatierter Ductus choledochus und an dessen hinterer äußerer Wand eine taubeneiförmige Geschwulst. Die Exstirpation derselben unterblieb wegen übermäßiger Blutung; nach Choledochoduodenostomie trat vollständige Heilung ein. Die Diagnose schwankte zwischen Geschwulst (Neubildung der Leber, Dilatation der Gallenwege, Ikterus) und Stein (intermittierendes Fieber, keine Kachexie). Der Autor nimmt eine gutartige Neubildung (Leiomyom oder Adenom) an der Vater'schen Papille an. **G. Mühlstein** (Prag).

36) **C. Morian.** Beitrag zur Kenntnis der Pankreasentzündungen und Fettnekrose.

Inaug.-Diss., Straßburg, 1904.

M. erörtert unter wesentlicher Anlehnung an die Anschauungen Körte's das Krankheitsbild der akuten Entzündungen und Eiterungen des Pankreas. Er berichtet über fünf Fälle des Krankenhauses Huyssens Stift-Essen, deren ausführliche Krankengeschichten er bringt und die er epikritisch näher bespricht. Alle fünf sind trotz operativen Eingriffes ihrem Leiden erlegen. **Müller** (Dresden).

37) **W. Kopfstein.** Cystis pancreatica.

(Časopis lékařů českých 1905. p. 427.)

Ein 45jähriger Mann hatte 12 Wochen vor der Operation einen Schlag mit einem stumpfen Instrument in die Oberbauchgegend erlitten, der von entzündlichen Erscheinungen in der Bauchhöhle gefolgt war. Binnen 6 Wochen entwickelte sich unter stetiger Zunahme der Beschwerden (Spannung im Leibe, Durchfälle, Schmerzen, Erbrechen) in den oberen Partien der Bauchhöhle eine mächtige Geschwulst, die den Magen und das Colon transversum nach vorn drängte und das Lig. gastrocolicum entfaltete. Im Zustande eines vollkommenen Kollapses wurde die einzeitige Inzision vorgenommen. Die Cyste enthielt 12 Liter einer dicken, grünlichen Flüssigkeit, deren chemische Untersuchung auf diastatisches Ferment positiv, auf proteolytisches Ferment negativ und auf Steapsin unbestimmt ausfiel. Die Cyste wurde drainiert; nach 10 Wochen war die Fistel geheilt.

G. Mühlstein (Prag).

38) **Stein.** Paraffin-Injektionsspritze.

(Ärztl. Polytechnik 1905. Februar.)

Obige Spritze ist so eingerichtet, daß man die härtesten Paraffine in kaltem, festem Zustande einspritzen kann. Man saugt sie in flüssigem Zustande ein und läßt sie in der Spritze hart werden. Paraffinembolien werden dadurch ausgeschlossen, die Spritze ist zerlegbar und gestattet verschieden geformte Kanülen aufzusetzen. Abbildungen im Original. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

39) **Solger.** Papierspekulum.

(Ärztl. Polytechnik 1905. März.)

S. ist zur Konstruktion von Papier-Pappespeculis gekommen, welche nach einmaligem Gebrauche weggeworfen werden. Sie sind sterilisierbar in heißer Luft. Man kann Ohr-, Nasen-, Scheiden-, Mastdarmspecula usw. herstellen, billig und gut.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

Berichtigung.

Pag. 620 Z. 11 v. o. lies »ontogenetischen« statt »onkologischen«.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 26. Beilage. 1905.

J. v. Mikulicz-Radecki †.

Von

A. v. Eiselsberg.

Durch den am 14. Juni erfolgten Tod v. Mikulicz's erleidet nicht nur die deutsche Chirurgie, sondern die ganze wissenschaftliche Welt einen ungemein schweren Verlust.

Johannes v. Mikulicz wurde im Jahre 1850 in Czernowitz geboren, absolvierte daselbst das Gymnasium, studierte in Wien die Universität. Sein ungewöhnliches Talent für Musik ermöglichte ihm, sich seinen Unterhalt als Student durch Erteilen von Klavierlektionen ganz selbst zu besorgen. Als junger Arzt trat er bei Billroth als Operationszögling ein, blieb dies durch 3 Jahre, um dann später Assistent dieser Klinik zu werden.

Dem glücklichen Umstande, daß er dieses großen Meisters Schüler wurde, verdankt er wohl nicht zum geringsten Teile seinen ungewöhnlichen Erfolg als Forscher und Operateur.

Nachdem er sich als Privatdozent habilitiert hatte, kam er zuerst als Abteilungsvorstand an die allgemeine Poliklinik in Wien und von da an, erst 32 Jahre alt, als ordentlicher Professor der Chirurgie nach Krakau, wo er 5 Jahre blieb; wirkte dann durch $3^1/_2$ Jahre in gleicher Stellung in Königsberg und die letzten 15 Jahre in Breslau.

Von seinen wissenschaftlichen Arbeiten sei vor allem auf die über »Genu valgum« hingewiesen, in welcher er völlig neues Licht über dieses bisher nicht genau studierte Krankheitsbild brachte. Überhaupt widmete er sich mit Vorliebe mathematisch-mechanischen Problemen, und zeigte auch später immer das regste Interesse für orthopädische Fragen.

Als sein Hauptverdienst ist wohl seine Bemühung um die Wundbehandlung zu bezeichnen; nachdem er frühzeitig die Bedeutung des Jodoforms erkannt hatte, schaffte er auf Grund von zahlreichen Experimenten den als schädlich erkannten Karbol-Spray ab, um fortan sich vorzüglich der weiteren Verbesserung der Aseptik zu widmen. Nach jeder Richtung hin hat er dieselbe vervollkommnet, ungemein viel dazu beigetragen, die Gefahren der Operationen zu verringern, nicht etwa allein durch Einführung seiner Handschuhe, Mützen und Mundbinden, sondern vor allem durch eingehendes Studium über die zweckmäßigste Versorgung der Wunde, z. B. der Höhlenwunde, was ihn zu der seinen Namen führenden Tamponade von Höhlenwunden veranlaßte.

War ja der nach seiner Intention vortrefflich eingerichtete chirurgische Operationssaal in Breslau eine Musteranstalt, die jahraus, jahrein von hervorragenden Chirurgen besucht war.

Ein ständiges Arbeitsfeld des Verstorbenen war die Behandlung der Krankheit des Digestionstraktus.

Er ist derjenige, der die Ösophagoskopie praktisch eingeführt hat.

Seine Resultate bei der operativen Behandlung der Krebse des Magens und Darmes gehören mit zu den besten; noch kürzlich hat er in der Absicht, auch das bisher inoperable Karzinom der Speiseröhre zu behandeln, seinen Assistenten Sauerbruch zum Studium über Operationen bei Unterdruck veranlaßt.

Über zahlreiche andere Arbeiten, so: Die symmetrische Hypertrophie der Speicheldrüse, über operative Erfolge bei Morbus Basedowi, über Behandlung des Caput obstipum, über Blutuntersuchung vor Operationen, Magenplastik, sei in aller Kürze hingewiesen. Die zahlreichen operativ technischen Vorschläge, bezw. Methoden, die von v. Mikulicz herrühren, brauchen hier um so weniger angegeben zu werden, da sie ja den Lesern des Zentralblattes von den Referaten her bekannt sind.

v. Mikulicz hat es, wie selten einer, verstanden, die Fortschritte der Theorie auf die praktische Chirurgie zu übertragen; mit der ihm eigenen Energie wurde eine einmal als richtig erkannte Idee weiter ausgearbeitet, sein Beispiel riß die Umgebung mit sich fort, so daß er, der aus einer so vortrefflichen Schule hervorgegangen, selbst durch seine Schule sehr viel Neues und Wertvolles zur Bereicherung unserer Wissenschaft erbrachte; er hat es wie kaum ein anderer verstanden, Zeit- und Streitfragen darzustellen und ein Bild des modernen Wissens zu geben. Er besaß eine Technik, in der ihn wohl keiner der Chi-

rurgen übertroffen, und trotzdem ließ er sich dadurch niemals verleiten, Eingriffe auszuführen, die nicht streng wissenschaftlich indiziert erschienen. Er beschränkte sich nicht allein auf die eigene Fachwissenschaft, sondern wußte in den Grenzgebieten der Chirurgie, der inneren Medizin und vor allem der Gynäkologie ebensogut Bescheid, wie in seinem so meisterhaft gut beherrschten Spezialfache.

Als Lehrer war v. Mikulicz vortrefflich, seinen engeren Schülern war er ein Muster von Pflichtbewußtsein, das er denselben einzuimpfen wußte.

Sein Leben war ungewöhnlich reich an Ehren und Auszeichnungen, er war vielfacher Ehrendoktor verschiedener Universitäten und gehörte zu den populärsten, im Auslande am meisten geehrten und geschätzten deutschen Chirurgen; seine Studienreise nach Amerika vor zwei Jahren glich einem Triumphzuge.

Vor Weihnachten bemerkte v. Mikulicz an sich einen harten Tumor in der Magengegend und war sich über die Natur seines Leidens nicht im Unklaren.

Es lag eine Tragik des Schicksals darin! Daß er, der so vielen gerade bei dieser Krankheit erfolgreich Hilfe gebracht hatte, an einer Form des Magenkrebses erkranken mußte, welche bei der Probeinzision jegliche Aussicht auf erfolgreiche Behandlung ausschloß.

Er trug sein Leiden mit der Ruhe eines Philosophen, vermied, über sich zu sprechen, und wenn er dies tat, so war dies bloß, um dem Arzte, der sich um ihn bemühte, zu danken.

Es fällt schwer zu denken, daß dieser ungewöhnlich lebhafte Mann mit den klugen Augen für immer nicht mehr ist, seine geschickten kleinen Hände für immer ruhen!

Er wird dauernd einen Ehrenplatz unter den deutschen Chirurgen als ungewöhnlich begabter Forscher, unerreichter Operateur und ausgezeichneter Arzt einnehmen und nimmer vergessen werden.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Zweiunddreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 26. Sonnabend, den 1. Juli. 1905.

Ein Hilfsmittel zu raschem und exaktem Nähen.

Von

Dr. O. Bernhard,

Spitalarzt in Samaden.

»Wer gut näht, der gut heilt«, pflegte Nussbaum mit Recht zu sagen. Dennoch sieht man sehr oft, daß der Operateur gerade nach langwierigen, schweren und aufregenden Operationen in der Tiefe gern dem Schluß zueilt und der exakten Hautnaht nicht mehr die genügende Sorgfalt widmet, dieselbe rasch und nonchalant beendet oder einem oft noch ungeübten Assistenten überläßt.

Seit einiger Zeit benutze ich als Hilfsmittel zur Naht ein Instrument, welches mir die Anlegung einer exakten Hautnaht in kürzester Zeit gestattet und namentlich auch bei Nähten in der Tiefe sehr große Vorteile und Bequemlichkeiten bietet. Das Instrument, das ich Wundklemmzange oder kürzer Wundklemme nennen möchte, ist eine kleine Tiemann'sche Kugelzange, deren Enden in einwärts gebogene, sich deckende Spitzen auslaufen, und das mit einer Stellvorrichtung wie die Péans (arrêt à crémaillère) versehen ist, ähnlich auch der Pince à deux griffes pour abaissement de l'utérus von Richelot (vide Fig. 1)[1]. Nur die äußersten Branchenenden sind spitzig, dann verstärken sich die Branchen sofort konisch. Es vermindert dies die Gefahr des Durchreißens (Peritoneum).

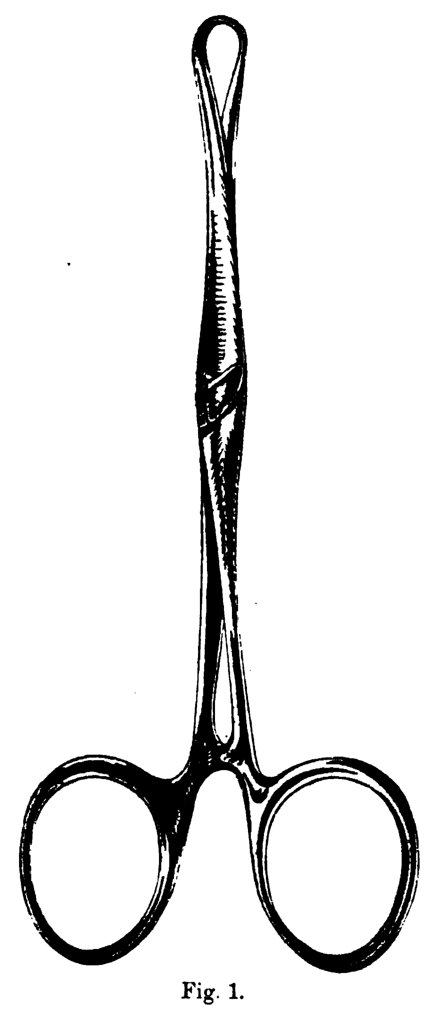


Fig. 1.

Die Anwendung desselben bei der Hautnaht ist folgende: Nachdem die beiden Wundwinkel durch eingesetzte scharfe Häkchen angezogen worden sind, werden in einer Distanz von $2^1/_2$—4 cm die Klemmzangen, deren Spitzen sich in die Haut einbohren, angelegt. Dieselben fixieren, ähnlich den Vidal-schen Serres fines oder den Michel'schen Klammern, in idealer Weise die Wundränder, und es können nun in kürzester Zeit die nötigen Knopfnähte oder eine fortlaufende Naht angelegt werden (vide Fig. 2). Jegliche Assistenz wird unnötig. Bei der fortlaufenden Naht kann der Operateur selbst den Faden anziehen und angezogen halten. Nach vollendeter Naht sind die Klemmzangen rasch entfernt. Sehr gut kann man — ein wichtiger Punkt — breite Flächen der Wunde zur Berührung bringen, die einander innig anliegen und sich nicht einkrempeln. Wie manche Störung in der Wundheilung, besonders auch manche häßliche Narbe, ist die Folge solcher, oft nur geringen, Einkrempelungen. Man ver-

[1] Das Instrument wird bei Hanhart & Co., Zürich, verfertigt.

senkt ja dabei die stets keimtragende Epidermis direkt in die Wunde! Ferner läßt sich mit den Klemmen die Nahtlinie sehr schön anziehen und während der Naht angezogen halten, in vielen Fällen ein nicht zu unterschätzender Vorteil.

Gegenüber den Michel'schen Klammern hat diese Methode den Vorzug, daß sie auch in der Tiefe angewendet werden kann. So er-

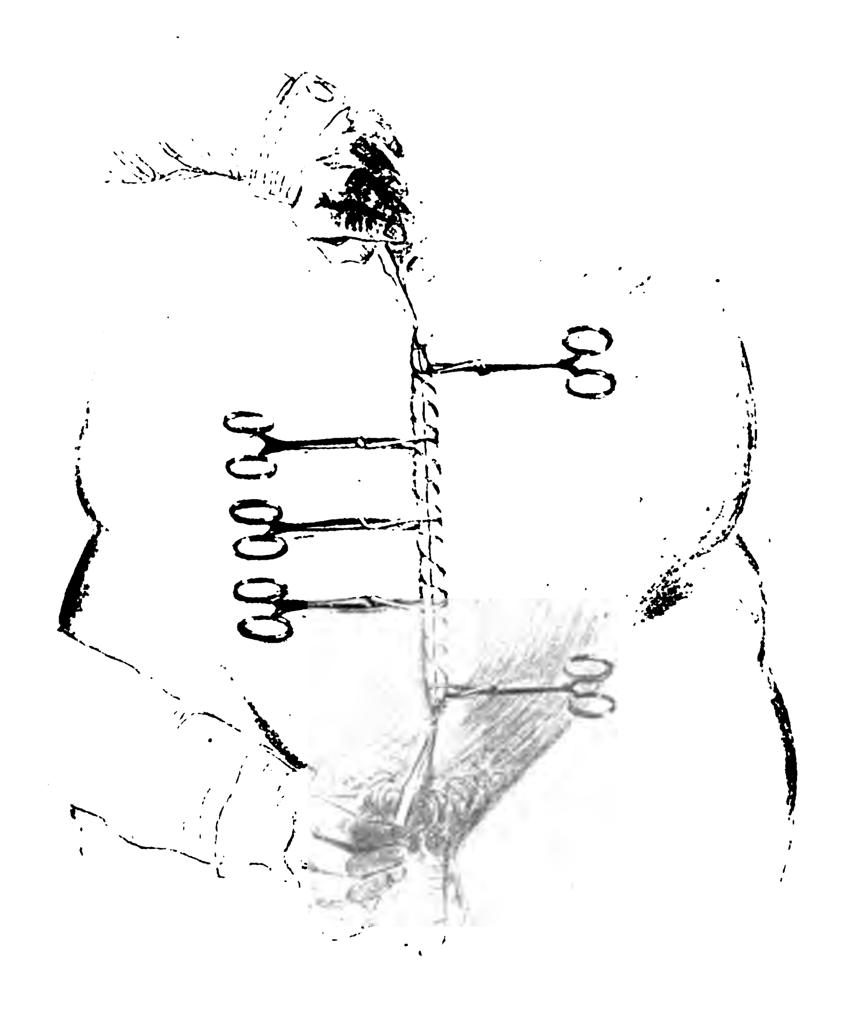


Fig. 2.

möglichen meine Instrumente einen sehr raschen, exakten Schluß einer Peritonealwunde. Nachdem die Toilette des Peritoneums beendigt ist, braucht kein Schurz mehr eingelegt zu werden, über dem man das Peritoneum vernäht und dessen Entfernung am Schluß oft Mühe verursacht, sondern die Peritonealränder werden wie die Ränder einer

Hautwunde in ihrer ganzen Länge durch die Klemmzangen einander hermetisch adaptiert. Die Bauchhöhle ist so im Nu temporär geschlossen. Durch leichtes Anziehen der Zangen und Anlegung der überwendlichen Nahttouren im Niveau der Branchenenden ist das Mitfassen von darunter liegenden Organen in die Naht selbst bei starker Aktion der Bauchpresse (Brechakt, Husten, Dyspnoe) ausgeschlossen. — Im gleichen Sinne dient mein Instrument auch zur Fixierung innerer Organe aneinander oder ans Peritoneum parietale behufs Naht, also für sämtliche Stomien. Exakt und rasch läßt sich bei der

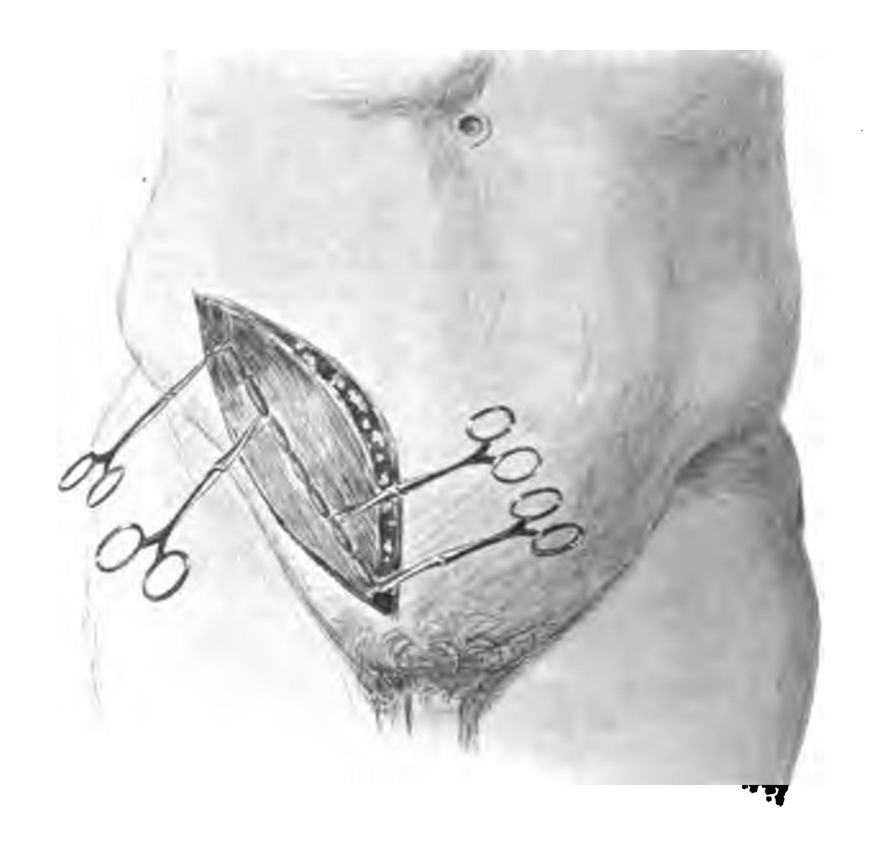


Fig. 3.

Herniotomie die Verstärkungsnaht des Leistenkanales (Kanalnaht) anlegen. Ebenso rasch und exakt vollzieht sich auch die Adaption von Muskeln und Fascien bei der Rekonstruktion der Bauchdecken (vgl. Fig. 3 u. 4).

Abgesehen von der Verwendung zur Naht dient mir das Instrument auch statt der v. Mikulicz'schen Peritonealklemmen; es hat den Vorteil, weniger Platz wegzunehmen und eignet sich noch besser

zum Emporheben der Bauchwunde, als diese. Zu diesem Zwecke benutze ich eine etwas stärkere Nummer.

Ebenso läßt es sich sehr gut zum Fixieren der das Operationsgebiet bedeckenden Kompressen oder zum eventuellen Einhaken der Kompressen oder eines Impermeabels in die Wundränder gebrauchen (z. B. wenn man sich gegen benachbarte Fisteln schützen muß).

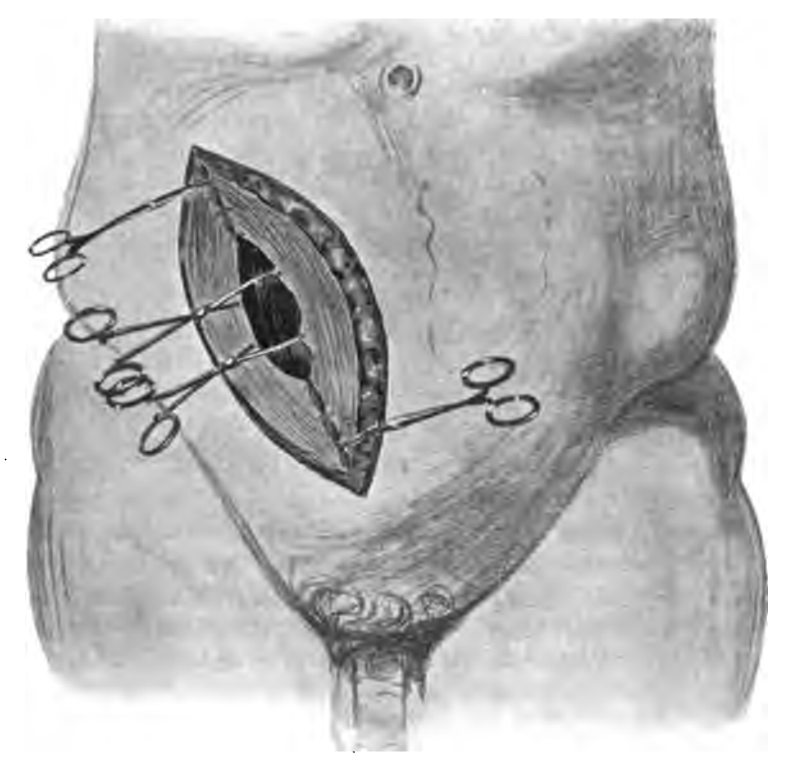


Fig. 4.

Auch in der Gynäkologie erwies sich mir die Methode, so bei der Kolporrhaphie, sehr nützlich. Die größere und stärkere Nummer bewährte sich auch sehr gut zum Herausheben des retroflektierten Uterus aus dem Douglas'schen Raum und zum Anpassen an die Bauchdecken behufs Ventrofixation.

Ich möchte dieses einfache Hilfsmittel bei meinen Operationen nicht mehr missen.

1) **Hennig.** Über subperiostale Frakturen, ihre klinische Diagnose und Erkennung im Röntgenbilde.
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 263.)

Bleibt bei einer Fraktur der Periostmantel des Knochens gänzlich frei von Trennungen, so kann auch jegliche Dislokation und Beweglichkeit des Bruches vermißt werden, so daß mangels aller sonstigen Anhaltspunkte für die Frakturdiagnose die Knochenverletzung nur mittels Röntgen nachzuweisen, andernfalls aber lediglich als Kontusion, Distorsion usw. zu imponieren in der Lage ist. Dergleichen Frakturen bieten, wie sie nur geringe Beschwerden für die Kranken bedingen, auch für die leichte und ohne komplizierte Behandlung von statten gehende Heilung sehr günstige Aussichten. Sie werden, da sie vor der Röntgenära kaum erkenntlich waren, wohl häufiger sein, als man annahm. Eine besondere Prädisposition für sie besitzen rachitische Knochen und solche des Kindesalters, in welchem ja die Knochenhaut noch dicker, weicher und elastischer ist als bei den Erwachsenen.

H. publiziert in vorliegender Arbeit sieben einschlägige Beobachtungsfälle aus der Kieler Klinik. Die kurzgefaßten Krankengeschichten, denen vier röntgenographische Konturzeichnungen beigefügt sind, geben gute Paradigmata für die fragliche Verletzung.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

2) **Grunert.** Über pathologische Frakturen (Spontanfrakturen).
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI. p. 254.)

Von der ganz richtigen Überlegung ausgehend, daß es streng logisch wirkliche spontane Frakturen nicht geben kann, will G. den Namen »Spontanfrakturen« durch die rationellere Bezeichnung »pathologische Frakturen« ersetzen. Er liefert in seiner Arbeit eine kurze aber vollständige Durchsprechung der verschiedenen Arten solcher Frakturen, wobei die neuere Literatur berücksichtigt und auch einige eigene im Magdeburg-Sudenburger Krankenhause gemachte Beobachtungen kurz eingeflochten werden. Der gut orientierenden Allgemeinbesprechung ist ein 5 Seiten füllendes Literaturverzeichnis beigefügt. Ein näheres Eingehen auf den Allgemeininhalt der selbst mehr ein Referat darstellenden Arbeit hier nicht für hergehörig erachtend, wollen wir nur die recht zweckmäßige Stoffeinteilung G.'s wiedergeben:

I. Knochenbrüchigkeit infolge lokaler Veränderungen des Knochensystems.

1) Durch Geschwülste (Sarkome und Karzinome, Schilddrüsentumoren, Enchondrome und Cysten, Echinokokken.
2) Durch entzündliche Prozesse, infektiöse Osteomyelitis, Tuberkulose. Aneurysma.
3) Durch Syphilis.

II. Knochenbrüchigkeit infolge einer allgemeinen Erkrankung.

1) Nervenkrankheiten, Tabes, Syringomyelie, Geisteskrankheiten.
2) Alter.
3) Erschöpfende chronische Krankheiten.
4) Inaktivitätsatrophie.
5) Skorbut.
6) Rachitis und Osteomalakie.

III. Idiopathische Knochenbrüchigkeit.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

3) **M. Mori.** Studien über Knorpelregeneration, nach experimentellen Untersuchungen am Kaninchenohr.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI. p. 220.)

Der japanische Verf. hat seine Untersuchungen im pathologischen Institut zu Bonn angestellt. Nachdem einige einfache Voruntersuchungen an unkomplizierten Schnitt- und Stichwunden eine sehr erhebliche Beteiligung des weiter vom Knorpel abliegenden Bindegewebes am Heilungsprozeß ergeben hatten, studierte M., ob auch ohne Beteiligung des Perichondriums dieses Bindegewebe zur Knorpelregeneration ausreichte. Zur Prüfung hiervon wurden kleine Knorpelexzisionen vorgenommen, teils mit, teils ohne gleichzeitige Entfernung des betreffenden Stückchens des Perichondriums auf der einen Seite des Kaninchenohres. Die Resultate waren durchaus positiv. Nach 8 Tagen fand sich in den Wundspalten junges zellreiches, feinfaseriges Bindegewebe bezw. Granulationsgewebe, welches aus dem Bindegewebe der Nachbarschaft entsteht, auch da, wo das Perichondrium fortgenommen war. Nach 19 Tagen wandelt sich das Granulationsgewebe in jungen Knorpel mit noch kleinen Zellen um, die späterhin weiter wachsen und Kapseln bekommen. Dabei ist die Anteilnahme der Zellen des alten (verwundeten) Knorpels an der Knorpelregeneration jedenfalls nur sehr gering. In einem der studierten Präparate fand sich außerdem der interessante Befund, daß ein bei der Knorpelinzision ganz abgetrenntes und zufällig in der Wunde zurückgebliebenes Knorpelstückchen an den alten Ohrknorpel durch direkte Regeneration, nicht durch Narbengewebe anheilte.

Zwei schwarze und zwei farbige (van Gieson-Färbung) Abbildungen veranschaulichen sehr gut die wichtigsten histologischen Befunde der Untersuchung. Die Literatur zur Sache ist kurz besprochen und zum Schluß in einem 23 Nummern zählenden Verzeichnis aufgeführt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

4) **A. Läwen.** Über die Beziehungen der Enchondrome zu den multiplen kartilaginären Exostosen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXV. p. 14.)

Die Arbeit bezieht sich besonders auf das gleichzeitige Vorkommen von Knorpelgeschwülsten und multiplen kartilaginären Exostosen bei

demselben Individuum, eine Erkrankungskombination, für welche L. aus der Leipziger Klinik drei Beobachtungen beibringt und eine Sammlung von sonst publizierten 17 Fällen in Tabellenform mitteilt. Von den eigenen Fällen L.'s ist besonders der erste hervorhebenswert, in welchem der 24jährige Pat. ein ganz enormes 5mannskopfgroßes Enchondrom des Schulterblattes trug. Drei verschiedene photographische Aufnahmen zeigen diese monströse Geschwulst, die sich binnen 4 Jahren gebildet hatte, und deren Beseitigung nebst dem funktionsunfähig gewordenen Arm der Pat. ablehnte. Im Falle 2 trug der 37jährige Pat. in der äußeren Knöchelgegend am Fersenbein eine Exostose, der ein pilzförmiges gänseeigroßes Chondrom mit ulzerierter Haut aufsaß, seit 12 Jahren herangewachsen. Heilung durch Operation. In Fall 3 endlich handelt es sich um einen 34jährigen Mann, bei dem sich binnen 6 oder 7 Jahren ein über mannskopfgroßes kavernöses Chondrom am Schambein entwickelte. Die von Thiersch ausgeführte Exstirpation endete tödlich. Über die bei allen Pat. gleichzeitig konstatierten vielfachen Exostosen nebst mancherlei Unregelmäßigkeiten im Knochenwachstum (Körperkleinheit, Längenverschiedenheit von symmetrischen Extremitätenteilen usw.) sei auf das Original verwiesen.

Die ätiologische Zusammengehörigkeit der Enchondrome und multiplen Exostosen zeigt sich in der vielfach konstatierten Heredität beider Erkrankungen (auch in den beiden ersten Fällen L.'s nachgewiesen), ferner darin, daß beide Erkrankungen mit Vorliebe dieselben Skelettknochen und Knorpel betreffen (Gegend der Intermediärknorpel bezw. Epiphysen der Röhrenknochen, Ränder der platten Knochen, Knorpelfugen an Becken- und Schädelknochen, Rippen, kleine Extremitätenknochen), endlich dadurch, daß neben beiden gleichzeitig allerhand Hemmungen im sonstigen physiologischen Knochenwachstum gefunden werden (geringes Gesamtlängenwachstum, Asymmetrien an den Extremitäten, Verkrümmungen derselben sowie des Brustkorbes und Gelenkveränderungen). Virchow führte beide Erkrankungen darauf zurück, daß in früher Zeit der Knochenentwicklung kleine Knorpelmassen sich von den Bildungsknorpeln isolierten und dachte dabei an Rachitis im postfötalen Leben oder an Krankheitsvorgänge schon während der Embryonalzeit, sowie an auf Vererbung beruhende Störungen. In letzter Zeit ist man von der Annahme rachitischer Prozesse mehr zurückgekommen und besonders auf die Vererbungsfähigkeit der Affektionen aufmerksam geworden. Jedenfalls bleibt sehr wahrscheinlich, daß Enchondrome sowie multiple Exostosen auf ein gemeinsames Entwicklungstadium zurückzuführen sind. (Zum Schluß Literaturverzeichnis von 32 Nummern.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven.

---

5) **Babinski.** Sur le traitement des affections de l'oreille et en particulier du vertige auriculaire par la rachicentese.

(Ann. des malad. de l'oreille 1904. Nr. 2.)

B. hat bei Pat. mit Menière'schen Symptomen zur Linderung der Beschwerden Lumbalpunktion angewandt. Vor allem wird nach

seinen Erfahrungen der Schwindel dadurch günstig beeinflußt, in manchen Fällen sogar gänzlich beseitigt. Seltener wirkt die Entziehung von Liquor cerebrospinalis günstig auf die Ohrgeräusche, am seltensten auf die Hörstörung. Doch berichtet der Autor auch über einen Pat., der vor der Punktion fast völlig taub war und nach dreimaliger Wiederholung des Verfahrens Sprache 20 cm weit hörte. Die Lumbalpunktion ist nach B. in solchen Fällen völlig ungefährlich.

Hinsberg (Breslau).

6) **L. Loewe.** Zur Chirurgie der Nase.

Berlin, **Oscar Coblentz,** 1905. Mit 11 Taf. u. 11 Abb. im Texte.

Der Autor gibt im vorliegenden, vom Verlage sehr gut ausgestatteten Buch eine Zusammenstellung der von ihm im Laufe der letzten Jahre angegebenen Operationsmethoden zur Freilegung der Nase und ihrer Nebenhöhlen sowie der Schädelbasis. Da über diese Methoden fast sämtlich in den vier letzten Jahrgängen des Zentralbl. bereits referiert wurde, bezw. da sie zum Teil in einer Origininalmitteilung L.'s — (Zentralbl. 1900 p. 1265) ausführlich beschrieben wurden, kann ich auf ihre detaillierte Schilderung verzichten. Ihr Verständnis, das ohne Figuren zum Teil schwierig ist, wird durch die zahlreichen, recht guten Abbildungen des vorliegenden Atlas sehr erleichtert. Es handelt sich in der Hauptsache um die »Dekortikation der Gesichtsmaske«, verschiedene Methoden zur Freilegung des Siebbeinlabyrinthes, Operationen an der Stirnhöhle, »Radikaloperation« sämtlicher Nebenhöhlen, Freilegung der Basis cranii über dem Riechorgan und Abklappung des harten Gaumens nach Partsch.

Die von L. beschriebenen Methoden, zum Teil von ihm selbst ausgebildet, zum Teil Modifikationen früher bekannter Verfahren darstellend, haben, soweit ich das ohne eigene Versuche an der Leiche oder am Lebenden beurteilen kann (nur die Gaumenabklappung nach Partsch habe ich einmal ausgeführt), wohl zweifellos den Vorzug, daß sie die Aufgabe, die der Autor sich stellte, nämlich möglichst übersichtliche Freilegung der betreffenden Partien, gut lösen; doch haben sie andererseits das große Bedenken gegen sich, daß sie dies Ziel nur unter schweren Opfern erreichen. In manchen Fällen, z. B. wenn es sich um die Beseitigung bösartiger Geschwülste handelt, müssen diese mit in den Kauf genommen werden.

Wenn L. jedoch seine schweren Eingriffe — ich muß sie trotz der gegenteiligen Versicherungen L.'s, die zum Teil nur auf Versuchen an der Leiche basieren, als solche bezeichnen — zur Beseitigung von Septumanomalien oder allgemeiner Polyposis der Nase empfiehlt, so dürfte er damit kaum den Beifall der Chirurgen und Rhinologen finden. Wir besitzen Methoden, die die Beseitigung von Septumverbiegungen auf endonasalem Weg, ohne Narkose, in so vollkommener und schonender Weise gestatten, daß man die Dekortikation als vorbereitende Operation wohl nur in ganz seltenen Ausnahmefällen vornehmen wird.

Die von L. angegebene Methode zur Beseitigung des Stirnhöhlenempyems dürfte kaum geeignet sein, die heute allgemein akzeptierte Killian'sche Methode zu verdrängen, deren Wert durch zahlreiche Erfolge außer Frage gestellt ist. Ich wenigstens würde mich niemals entschließen, zur Eröffnung der Stirnhöhle einen Hautschnitt anzulegen, der von der Mitte der Stirn beginnend an der Seite der Nase herabläuft und die Oberlippe halbiert, wenn ich dasselbe Ziel durch einen später kaum sichtbaren Schnitt in der Augenbraue erreichen kann.

Die Abklappung des harten Gaumens, die früher von L. sehr häufig ausgeführt wurde, auch zur Beseitigung von Polypen oder Kieferhöhlenempyemen, wird jetzt von L. als sehr »heroischer Eingriff« bezeichnet, der nur für wenige Erkrankungen in Betracht kommt. Allerdings glaubt L. durch einige Modifikationen in der Technik die Gefahren (bis jetzt starben von 27 bekannt gewordenen Fällen 3 — also 10%) vermindern zu können.

Wenn nun auch, wie gesagt, die L.'schen Operationen meiner Ansicht nach nur für wenige schwere Fälle in Betracht kommen werden, so werden sie in diesen doch voraussichtlich Gutes leisten. Der vorliegende Atlas ist zur Orientierung über die in Betracht kommenden anatomischen Verhältnisse sehr geeignet. **Hinsberg** (Breslau).

---

7) **E. Sandelin.** Cheiloplastik bei totalem Verluste der Unterlippe. Eine Kombination der Morgan'schen »Visierplastik« mit Schultén's Schleimhaut-Muskelplastik.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI. p. 57.)

Das in der Helsingforser Klinik eingeführte Verfahren ist eine, wie es scheint, sehr glückliche Kombination von zwei Plastiken, die beide auf Benutzung brückenförmiger Lappen beruhen. Einerseits besteht die Morgan'sche Visirplastik in Bildung eines solchen Lappens, welcher oben begrenzt ist durch die elliptische Exzisionslinie für die Unterlippe, von einem Mundwinkel zum anderen verlaufend. Ihr unterer Schnitt (»Selbstmordschnitt«) geht im ganzen dem oberen parallel von einem Kieferwinkel zum anderen, unter dem Kinn oder über den Hals verlaufend. Von der Unterlage abgelöst wird der Lappen einem Visier ähnlich in die Höhe transponiert und hat mit seinem oberen Rande die neue Lippe zu bilden. Damit er auf seiner Dorsalseite einen hinlänglichen, funktionsstörende Einschrumpfung verhütenden Schleimhautüberzug erhält, wird andererseits die Schultén'sche Plastik hinzugefügt. Über letztere ist in unserem Blatte 1895 p. 327 referiert, worauf verwiesen wird. Von der Hinterhälfte der Oberlippe wird durch von einem zum anderen Mundwinkel gehende Schnitte wiederum ein die Schleimhaut nebst Muskulatur sowie die Art. labialis enthaltender rechts- und linksgestielter Lappen gebildet, um oben auf die Hinterseite des Morgan'schen Lappens aufgesetzt zu werden. Sowohl die die Schnittführung illustrierenden Abbildungen als die beigefügten

Krankengeschichten und das Photogramm eines Operierten sprechen für das Operationsverfahren, das auch zur Ausräumung submandibularer Drüsen den besten Zugang gewährt. Nur ist die Art. maxillaris im Interesse der Ernährung des Oberlippenlappens tunlichst, am besten beiderseits zu schonen. Der Morgan'sche Visierlappen muß in passender, für die Größe der neuen Unterlippe geeigneter Höhe auf den Unterkiefer mittels eines Nagels befestigt und die Umschlagsstelle der Mundschleimhaut von der frontalen Seite des Unterkiefers vom Knochen abgelöst und hochgeschlagen werden. Der Bartwuchs auf dem Morgan'schen Lappen ist eine kosmetisch angenehme Zugabe für das Verfahren, das die Backen gänzlich unbeteiligt läßt. Der durch Hochschiebung der Unterkinnhaut hinterlassene Defekt ist unbedenklich und kann, wenn nicht durch Nähte, durch Transplantation leicht versorgt werden. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

8) **McCallum** and **Davidson.** Further notes on the function of the parathyroid.

(Med. news 1905. April 8.)

Verff. hatten zunächst nach dem Vorbilde von Lanz die motorischen Rindenzentren einer Seite exstirpiert und dann die Nebenschilddrüsen entfernt. Trotzdem wurden auf der gelähmten Seite tetanische Krämpfe hervorgerufen.

Die von mehreren italienischen Autoren aufgestellte Behauptung, daß das Blut tetanischer Hunde Tetanie auszulösen imstande sei, hatten Verff. an sechs Tieren geprüft und gelangten zu dem Resultate, daß selbst bei Hunden, welche des größten Teiles ihrer Nebenschilddrüsensubstanz beraubt und so prädisponiert waren, keine Tetanie sich einstellte.

Einige Versuche, die Tetanie durch Venaesektion und Infusion von NaCl-Lösung zu paralysieren, waren nur von ganz vorübergehendem Erfolge begleitet. Die Tiere gingen alle an ihrer Tetanie zugrunde.

Drei Hunden wurde eine Emulsion von Hirn gesunder Tiere, teils intraperitoneal, teils subkutan und intravenös injiziert, ohne einen bleibenden Erfolg zu erzielen.

Milchdiät hatte bei zwei Tieren nur einen ganz geringen Einfluß auf den Verlauf der Tetanie. Hungern und ausgiebige Darmentleerung steigerten die Krämpfe.

In acht Fällen beherrschte die Kachexie das Krankheitsbild; darunter hatten zwei Fälle überhaupt keine tetanischen Krämpfe aufzuweisen. Verff. erklären ein solches Verhalten dadurch, daß noch genügend Nebenschilddrüsensubstanz zurückgeblieben war, um das Ausbrechen einer Tetanie zu verhüten, daß dieselbe aber zur Erhaltung des Lebens nicht ausreichte.

Vier parathyroidektomierten Hunden wurde Nebenschilddrüsensubstanz subkutan, intraperitoneal und intravenös injiziert, ohne daß

damit ein andauernder Erfolg erzielt wurde. Bei einem Hunde waren die Injektionen erfolgreich, derselbe verendete jedoch an einer Wundinfektion. Die Autopsie ergab, daß noch Nebenschilddrüsen zurückgeblieben waren.

Der Lusena'schen Behauptung, die Tetanie parathyroidektomierter Tiere durch Thyroidektomie paralysiert zu haben, können Verff. nicht beipflichten. Sie machten zehn Versuche dieser Art. Der Verlauf der Tetanie bot gar keinen Unterschied.

Der Verlauf bei der reinen Parathyroidektomie ist ein stürmischer. Die nicht behandelten Tiere erlagen den ersten Anfällen.

Die Verff. betrachten endlich die Tetanie der Nebenschilddrüsen beraubter Tiere nicht als den Effekt ungehinderter toxischer Einwirkung der restierenden Schilddrüse, sondern lediglich als eine Ausfallserscheinung der Funktion der Nebendrüsen.

Hofmann (Heidelberg).

---

9) **H. Ribbert.** Die Traktionsdivertikel des Ösophagus.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXVIII. p. 351.)

Auf Grund der Untersuchung von zwölf Divertikeln der Speiseröhre tritt R. erneut für seine schon früher geäußerte Ansicht ein, daß die Traktionsdivertikel nicht durch Schrumpfung entzündlich erkrankter und mit der Speiseröhre verwachsener Lymphdrüsen entstehen, sondern daß für das Zustandekommen dieser Abnormität in den weitaus meisten Fällen eine kongenitale Anomalie in der Speiseröhrenwand und des zwischen ihr und der Bifurkation der Luftröhre gelegenen Bindegewebes verantwortlich zu machen sei. R. leitet diese Abnormität aus einer Entwicklungsstörung ab, welche bei der Trennung der Luftröhre von der Speiseröhre eintritt und darin besteht, daß zwischen beiden Teilen eine mehr oder weniger weitgehende Beziehung durch einen von der Luft- zur Speiseröhre laufenden, oft nur wenig ausgeprägten Bindegewebszug erhalten bleibt, und daß da, wo dieser Zug sich an die Speiseröhre anheftet, deren Wand nicht völlig normal gebildet ist. Es findet sich nämlich stets an dieser Stelle ein abnormes Verhalten der Muskellagen, die eine mehr oder weniger ausgedehnte Lückenbildung aufweisen; letztere kann bei der regelmäßigen Beschaffenheit des Bindegewebes nicht durch Fortschreiten und durch Eindringen einer Entzündung entstanden sein, sondern muß als primär aufgefaßt werden. Wenn nun bei Verschiebungen der Speiseröhre jener Bindegewebszug die abnorme Wandstelle der Speiseröhre fixiert, kommt es naturgemäß an jener, weil sie weniger widerstandsfähig ist, leicht zu Ausbuchtungen. Narbig-entzündliche Schrumpfungen, die sich in diesem Strang oftmals abspielen, bilden nur ein die Divertikelbildung unterstützendes Moment.

Doering (Göttingen).

---

10) **R. Picker.** Der Pneumokokkus Fraenkel als Krankheitserreger in den Harn- und Geschlechtsorganen.

(Zentralblatt für die Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane Bd. XVI. Hft. 3 u. 4.)

Der Pneumokokkus Fraenkel ist — wie Verf. durch Fälle aus der Literatur nachweist — bisher auf allen Schleimhäuten des menschlichen Körpers gefunden worden. Er kommt dort nicht stets als obligat pathogene Mikrobe vor, sondern kann auch im menschlichen Organismus in mehr oder minder saprophytischer Form vegetieren. Verf. berichtet über das Vorkommen des Pneumokokkus im weiblichen und männlichen Urogenitaltraktus und gibt die Krankengeschichten zweier Pat. mit Urethrititen, die durch den Pneumokokkus verursacht wurden. Eigene und aus der Literatur bekannte Tierversuche erläutern die sehr lesenswerten Ausführungen. **Grunert** (Dresden).

---

11) **E. Remete.** Das Thiosinamin, ein Hilfsmittel in der Behandlung der Harnröhrenstrikturen.

(Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. XVI. Hft. 4.)

Die in der jüngeren Literatur verzeichneten Berichte über Erfolge der Thiosinaminbehandlung bei Narben der Speiseröhre, bei pleuritischen Schwarten usw. haben den Verf. bestimmt, Thiosinamin zur Behandlung der Harnröhrenstrikturen heranzuziehen. Das durch Behandlung von 20 Kranken gezeitigte Resultat lautet, »daß das Verfahren in der Mehrzahl der Fälle von entschieden konstatierbarem günstigen Erfolge begleitet war«, wobei aber ausdrücklich zu bemerken ist, daß mit der Thiosinaminbehandlung eine spontane Erweiterung der Striktur weder erzielt, noch erwartet wurde, daß vielmehr das Mittel nach Ansicht des Verf. neben der graduellen Dilatation nur eine das Verfahren erleichternde, beschleunigende Rolle spielt.

Grunert (Dresden).

---

12) **Pilcher.** Studies on the pathology and etiologie of obstructive hypertrophy and atrophy of the prostate gland.

(Annals of surgery 1905. Nr. 4.)

P. unterscheidet drei Formen der Prostatahypertrophie: 1) die große und weiche Prostata, 2) die relativ kleine und harte Prostata, und 3) aus beiden gemischte Typen. Die große weiche Prostata variiert sehr in Form und Größe, sie hat eine ziemlich dicke, aus glatten Muskelfasern und fibrösem Gewebe bestehende Kapsel, welche sich leicht abstreifen läßt. Bei der suprapubischen Operation wird diese Kapsel, wenn die ganze Drüse entfernt wird, nicht abgestreift, sondern mit ausgeschält aus der Scheide, die den Prostatakörper bedeckt. Hierbei kann durch Verletzung der Venenplexus eine nicht unerhebliche Blutung entstehen. Bei der perinealen Operation wird die dicke Kapsel gespalten und aus ihr die Drüse ausgehülst; dabei werden die Venen nicht verletzt. Die kleine und harte Prostata hat eine mit ihr stark

verwachsene Kapsel, deren Isolierung von der höckerigen Drüse durch perinealen Schnitt oft recht schwierig ist. Mikroskopisch zeigt die weichè hypertrophische Vorsteherdrüse das Bild der hypertrophischen und hyperplastischen Drüse mit erweiterten und vermehrten Acini; auch das interacinöse Gewebe ist vermehrt. Die kleine harte hypertrophische Prostata läßt mikroskopisch zwei Formen erkennen: a. eine, in welcher bei vermehrtem interacinösen Gewebe die Drüsenläppchen kleiner geworden sind und b. eine, in welcher bei vermehrter Zwischensubstanz kleinere und einzelne hyperplastische und erweiterte Acini gesehen werden. Bezüglich der Ätiologie glaubt Verf. der Gonorrhöe keinen allzugroßen Einfluß beimessen zu dürfen; er meint, daß es sich um eine degenerative, durch das Alter hervorgerufene Veränderung handelt. Bei vorhandener Disposition können verschiedene Ursachen: venerische und alkoholische Exzesse, übertriebenes Reiten, klimatische Ursache die Krankheit zum Ausbruch bringen. **Herhold** (Altona).

---

13) **Thorndike.** Has the catheter a place in the treatment of chronic prostatic of hypertrophy?

(Annals of surgery 1905. Nr. 4.)

T. fürchtet, daß die Fortschritte in der Prostatachirurgie die palliative Behandlungsmethode der Hypertrophie vermittels des Katheters verdrängen. Da aber die Prostatektomie bei dem meist vorgeschrittenen Alter der Pat. als eine ernste und schwere Operation zu bezeichnen ist, so soll in allen leichten Fällen nach Verf. die Prostatahypertrophie vermittels Katheter behandelt werden. Erst wenn Schmerzen beim Katheterisieren eintreten und das letztere zu häufig ausgeführt werden muß, soll die Operation einsetzen. T. glaubt, daß intelligente Leute ganz gut ein Katheterleben führen können, wenn der Residualharn nur 1—2 Unzen beträgt. Ist die Menge des Residualharns größer, und sind die Pat. außerdem so wenig intelligent, daß eine Infektion der Blase durch das Katheterisieren zu befürchten ist, so soll operiert werden. Aber auch bei kräftigen und nicht zu alten Pat. ist die Prostatektomie dann nicht auszuführen, wenn es sich um überdehnte atonische und insuffiziente Blasen handelt. Hier kann die Operation nur dann nützen, wenn die Atonie der Blase durch entsprechende Behandlung beseitigt ist. **Herhold** (Altona).

---

14) **Watson.** Some anatomical points connected with the performance of prostatectomy.

(Annals of surgery 1905. Nr. 4.)

W. ist ein großer Anhänger der perinealen Prostatektomie, die nach seiner Ansicht durch Gouley im Jahre 1873 eingeführt wurde. Diese Gouley's »rapid finger enucleation« besteht darin, daß die prostatische Harnröhre vom Damm aus eröffnet und nun die Prostata durch die seitlich gespaltene Harnröhre sehr schnell mit dem Finger

rechts und links ausgeschält wird. Die Verletzung der Ductus ejaculatorii kann man sicher hierbei vermeiden, wenn man den Boden der Harnröhre nicht mit einreißt, da die Ductus ejaculatorii nicht in den Seitenwänden, sondern am Boden der Harnröhre beiderseits lateral einmünden. Die Fingerspitze soll bei der Enukleation immer nach oben und außen arbeiten, dann vermeidet man auch eine Verletzung des Mastdarmes. Ist die innere Kapsel der Prostata sehr fest mit dieser verwachsen, so muß man die Drüse stückweise entfernen, da beim Aushülsen aus der äußeren fibrösen Scheide schwere Blutungen eintreten. Ragt der mittlere Lappen sehr weit in die Blase, so daß man ihn perineal nicht erreichen kann, so soll man den suprapubischen Weg für die Enukleation anschließen. Die suprapubische Methode ist nach Verf. nicht von Freyer zuerst angegeben, sondern von McGill und Belfield. Freyer kommt nur das Verdienst zu, diese Methode in England wieder ans Licht gebracht zu haben. W. schließt mit einem Apell an die internen Kollegen, die an Prostatahypertrophie Erkrankten nicht zu lange mit dem Katheter zu behandeln, sondern sie bald dem Chirurgen zuzuführen. Mehrere sehr gute Abbildungen über die perineale Operationsmethode sind der Arbeit beigefügt.

Herhold (Altona).

---

15) **T. Tuffier.** De la douleur dans le rein mobile.

(Presse méd. 1904. Nr. 90.)

Der Schmerz ist das hauptsächlichste Symptom der Wanderniere, aber er ist außerordentlich wechselnd, sowohl in seinem Auftreten überhaupt, als in seiner Intensität, seiner Lokalisation und seiner Dauer; bald tritt er andauernd, bald in periodischen Unterbrechungen auf, bald strahlt er nach der Umgebung aus. Die richtige Erkennung dieser Symptome ist nach Ansicht des Verf. wichtig für die Prognose sowohl als die Therapie. An zwei Krankengeschichten wird das Gesagte erläutert und des weiteren die Frage der traumatischen Wanderniere angeschnitten und vom Verf. dahin beantwortet, daß häufig das Trauma als Auslösung des Schmerzes bei einer vorher indolenten Wanderniere beobachtet werde. Endlich werden für die Differentialdiagnose die Symptome bei Erkrankungen der anderen Bauchorgane sowie bei anderen Erkrankungen der Niere gewürdigt.

Grunert (Dresden).

---

16) **Herxheimer, Gotthold u. Walker Hall.** Über die Entkapselung der Niere.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXIX. p. 152.)

Verff. experimentierten an gesunden und durch neutrales Ammoniumchromat nephritisch gemachten Kaninchen.

Ihre Resultate sind folgende: Die Nierenkapsel bildet sich nach der Enthülsung bald neu und übertrifft an Dicke die alte beträchtlich. Anastomosen der umgebenden Gewebe bezw. der neugebildeten

Kapsel mit der Niere, so daß von einem ausgedehnten Kollateralkreislauf gesprochen werden könnte, bilden sich hierbei nicht. Die Tiere vertragen die Enthülsung ohne dauernde oder besondere Schädigung. Die durch Vergiftung mit Ammoniumchromat erzeugte Nephritis wurde durch die Enthülsung, soweit sich dieses klinisch und anatomisch nachweisen ließ, weder günstig noch nachteilig beeinflußt. Ein genaues Literaturverzeichnis bildet den Schluß der Arbeit.

Doering (Göttingen).

---

17) **Abel.** Torsion des Samenstranges.

Inaug.-Diss., Straßburg i. E., 1904.

Verf. gibt eine kurze Zusammenstellung der bis dahin veröffentlichten Fälle von Samenstrangtorsionen; er fügt diesen einen weiteren von ihm operierten hinzu. An der Hand dieses Materiales werden die für eine Torsion in Frage kommenden anatomischen Vorbedingungen, Art, Grad, Richtung der Torsion, Häufigkeit der Rezidive, Symptomatologie und Therapie besprochen. Verf. hält die von Nash empfohlene subkutane manuelle Resorption nur für Ausnahmefälle für geeignet, da durch diese naturgemäß Rezidive nicht verhindert werden können. Es empfiehlt sich vielmehr, den Hoden freizulegen, die Torsion zu beseitigen und den Hoden festzunähen. Erst wenn nach erfolgter Retorsion Gangrän eintritt, soll die Kastration folgen.

Coste (Straßburg i. E.).

Kleinere Mitteilungen.

18) **Haberer.** Zur Kasuistik der Knochencysten.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVI. Hft. 1 u. 2.)

H. schildert die Krankengeschichten von zwei interessanten Fällen von Knochencysten. Beidemal handelte es sich um sonst ganz gesunde Individuen, bei welchen mehrfache Frakturen derselben Gliedmaßen verzeichnet sind und bei denen die Erkrankung von Difformität der betroffenen Skelettabschnitte begleitet war. Bei dem ersten Pat. handelte es sich um multiple Prozesse, während bei dem zweiten eine isolierte Cyste in einem einzigen Knochen, dem rechten Oberarme, vorlag. Die Cyste bei dem letztgenannten Kranken blieb stationär, während bei dem anderen der Krankheitsprozeß ein progredienter ist, insofern die Knochengeschwülste permanent, wenn auch langsam, zugenommen haben, und zwar an verschiedenen Abschnitten des Skelettsystems. H. konnte mikroskopisch die Diagnose auf Sarkom stellen und ist der Ansicht, daß man trotz des langsamen klinischen Verlaufes und der geringen Bösartigkeit der Krankheit von dieser Diagnose nicht abgehen dürfe. Er kann seinen Fall deshalb auch nicht dem von v. Mikulicz als besonderer Krankheitsgruppe aufgestellten Fällen von Osteodystrophia cystica zurechnen. Die Frage, ob in dem vorliegenden Falle multiple Geschwülste oder Metastasen einer Geschwulst anzunehmen sind, kann Verf. nicht definitiv entscheiden; indes hält er vermutungsweise die erste Annahme für die richtigere. Auf Grund seiner eigenen Beobachtung und analoger Literaturveröffentlichungen nimmt er an, daß es Fälle von multiplen Knochensarkomen, und zwar Riesenzellensarkomen gibt, die einen relativ gutartigen Verlauf nehmen und die einer radikalen chirurgischen Therapie gerade infolge ihres mehrfachen Auftretens nicht zugänglich sind. Mittels des Röntgenbildes kann man in solchen Fällen nicht nur die Diagnose sichern, sondern auch den Verlauf des Prozesses kontrollieren und

die Pat. davor bewahren, daß so energische und radikale Maßnahmen getroffen werden wie bei anderen Sarkomformen. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

19) **Friedrichs.** Ein merkwürdiger Fall von Allgemeininfektion durch Staphylokokken.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1906. Hft. 3.)

Ein Soldat hatte sich beim Marschieren die kleine Zehe wund gescheuert; im Anschluß daran schwoll der Fuß an, und auf dem Fußrücken bildeten sich eine Anzahl mit heller Flüssigkeit angefüllter Blasen. 2 Monate, nachdem bereits Heilung und Dienstfähigkeit eingetreten war, zeigten sich nach Wundscheuern dieselben Erscheinungen am Fuß und außerdem am Körper ein scharlachähnliches Exanthem. Wieder einige Monate später ohne Wundscheuern dasselbe Krankheitsbild mit Fieber und geringen Spuren Eiweiß im Harn; nach Abheilen dieser Krankheit blieb der Kranke verschont. Der Inhalt der Fußblasen enthielt Staphylokokkus aureus und citreus; mit diesen Kokken geimpfte Mäuse gingen nach 3 bis 5 Tagen zugrunde. F. glaubt, daß es sich um eine 3mal von einer geringfügigen Fußverletzung ausgehende Allgemeininfektion des Körpers gehandelt habe.

Herhold (Altona).

20) **Frank Elvy.** The value of nitro-glycerine in the practice of surgery.

(Brit. med. journ. 1905. Januar 7.)

Ein 50jähriger Mann mit schwerer Nierenerkrankung, Drahtpuls, Urinverminderung, Albuminurie, Kopfschmerzen, bietet alle Zeichen einer beginnenden Gangrän der linken Hand. Inzision ohne Erfolg. Allgemeinbefinden verschlechtert sich. Amputation abgelehnt. Daher wird ein Versuch gemacht, durch eine Dosis Nitroglyzerin 0,0006 die kontrahierten Arterien, die Verf. als die Hauptursache der Gangrän ansieht, günstig zu beeinflußen. Schon am nächsten Tage Besserung. Heilung nach Ausstoßung einiger nekrotischer Phalangen. Verf. empfiehlt das Nitroglyzerin für Fälle von Gangrän mit mangelhaftem Zufluß arteriellen Blutes infolge hochgradiger Kontraktion der Arterien. **W. Weber** (Dresden).

21) **C. B. Lockwood and F. W. Andrewes.** A case of cutaneous anthrax successfully treated by Sclavo's serum.

(Brit. med. journ. 1905. Januar 7.)

Bei einem 31jährigen Manne wird 4 Tage, nachdem er einen roten Fleck an der Wange beobachtet hat, im St. Bartholomews Hospital ein typischer Anthrax mit Bazillennachweis, Kultur und Tierversuch diagnostiziert. Weil die sonst in England übliche Exzision eine bedeutende Entstellung mit Gefahr des Ektropiums verursacht hätte, wird ein Versuch mit dem Serum von Prof. Sclavo (Siena) gemacht. Subkutane Einspritzung von 40 ccm des Serums. Keine Besserung in den folgenden 2 Tagen, örtlich im Gegenteil eine Verschlimmerung bei leidlich gutem Allgemeinzustande. Vom 3. Tage an schnelle Besserung. Heilung. Verff. betrachten den Fall als einen Beweis erfolgreicher Wirkung des Serums! Pat. war Roßhaararbeiter. **W. Weber** (Dresden).

22) **Toupet et Lebret.** Guérison d'un cas de charbon par les injections de lipiodol.

(Gaz. des hôpitaux 1905. Nr. 27.)

Verff. empfehlen zur Vermeidung der Allgemeininfektion bei Pustula maligna Injektionen von Lipiodol (Lafay). Man kann von diesem Öl pro die 5—10 ccm — 1 ccm enthält 428 Tropfen Jodtinktur — ohne Gefahr injizieren. Verff. machten in ihrem Fall 8 Tage hindurch täglich intramuskuläre Injektionen von 5 ccm. Der Karbunkel selbst wurde mit einmaliger Kauterisation und Injektion von 5 ccm Jodtinktur, sodann mit feuchten antiseptischen Verbänden behandelt.

V. E. Mertens (Breslau).

23) **J. Dsirne.** Aus dem Gebiete der Hirnchirurgie.

(Russisches Archiv für Chirurgie 1904. [Russisch.])

D. hat Gelegenheit gehabt 25 Epileptiker zu operieren.

Von diesen litten 11 an genuiner Epilepsie. Einer wurde durch die Operation zu einem arbeitsfähigen Menschen, alle übrigen blieben unbeeinflußt. Dagegen brachte der Eingriff bei den anderen 14, an Jacksonepilepsie leidenden, ausnahmslos einen »vollen Erfolg«. In allen Fällen wurde nach dem Prinzip Kocher's verfahren, d. h. trepaniert und der Defekt nicht gedeckt; 2 von den Jacksonepileptikern mußten 2mal operiert werden. Bei einem Pat. hatte sich im Laufe von 13 Monaten (in diese Zeit fielen zwei leichte Anfälle) eine knöcherne Narbe gebildet, nach deren Entfernung die Anfälle endgültig ausblieben. Bei dem anderen wurde eines Anfalles wegen schon nach 3 Wochen wieder operiert, worauf dauernde Heilung eintrat. In Beobachtung nach der Operation waren: 1 Pat. durch 4 Jahre, 4 durch 2—2½ Jahre, 4 durch 15—23 Monate, die übrigen kürzere Zeit, d. h. 2—11 Monate. **V. E. Mertens** (Dresden).

24) **W. Schlagintweit.** Über einen Fall von intra- und extrakraniell gelegenem Echinokokkus.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVI. p. 208.)

Klinisch und besonders durch brillanten Operationserfolg interessanter Fall aus dem Hamburg-St. Georger Krankenhause (Dr. Wiesinger). 18jähriges, zunächst nur wegen Nackenschmerzen und Nackenschwellung rechts aufgenommenes Mädchen, gegen welches Luesverdacht vorlag. Nach 4wöchiger Beobachtung, während welcher die Nackenschwellung größer und fluktuierend geworden war, tritt heftiger Schwindel, Schwerhörigkeit, Kopfschmerz, sowie Sehfähigkeitsstörung mit Stauungspapille auf, so daß auf intrazerebralen Druck geschlossen und eine energische antiluetische Kur begonnen wird. Keine Besserung, fluktuierende Geschwulst hinter dem rechten Ohre, deutliche temporale Hemianopsie. Operation: Geschwulst durch Schnitt in das Lig. nuchae freigelegt. Es ist eine große Blase, die in seröser Flüssigkeit eine Unzahl kleiner Bläschen enthält. Sofortiger Nachweis von Echinokokkushäkchen. In der Ausdehnung des Echinokokkus ist der Schädelknochen fein usuriert, zeigt aber nirgends ein sondierbares Loch. Trotzdem wird er mit dem Meißel vorgenommen, und sowie der Knochen emporgehoben, quollen gelblichdickflüssige Massen mit zahlreichen Echinokokkusbläschen aus dem Schädelinnern heraus. Entfernung der Schädeldecke, soweit sich Bläschen fanden, zwischen Warzenfortsatz, Sinus transversus und longitudinalis. Die Bläschen lagen sämtlich extradural und hatten das Gehirn ziemlich erheblich komprimiert. Trotz eines interkurrierenden, rasch ablaufenden Erysipels gute Heilung mit schleuniger Besserung des Allgemeinbefindens. Stauungspapille schwand in 18 Tagen, die Sehschärfe wurde fast völlig normal, und bereits nach ¼ Jahr war Pat. wieder voll arbeitsfähig. An der den Schädeldefekt deckenden Haut geringe Pulsation fühlbar. S. führt die vorhanden gewesenen Hirnerscheinungen und Sehstörungen auf Zunahme der Zerebrospinalflüssigkeit im Schädelinnern und speziell auf einen vermehrten Druck im III. Ventrikel, resp. auf dem Boden des Recessus zurück. Zu dem Fall interessierende Daten aus der Literatur der Echinokokken, zumal der Hirnechinokokken, sind angezogen. (Literaturverzeichnis von 20 Nummern.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

25) **Legura.** Sur un cas de double mastoïdite de Bezold. Opération. Guérison.

(Ann. des malad. de l'oreille 1904. Nr. 2.)

Der von L. mitgeteilte Fall (Mann von 65 Jahren) von »Bezold'scher Mastoiditis«, d. h. von Bildung eines Halsabszesses nach Durchbruch eines Empyems des Warzenfortsatzes in die Fossa digastrica, ist aus zwei Gründen bemerkenswert: Einmal wegen seiner Doppelseitigkeit und zweitens deshalb, weil es sich auf der einen Seite um eine sogenannte »primäre Mastoiditis« handelte: das Mittel-

ohr war vollkommen normal, während der Warzenfortsatzabszeß deutliche Symptome machte. L. nimmt an, daß es sich um eine Infektion von der Tuba aus handelte, die in der Paukenhöhle sehr schnell ausheilte, während sie im Warzenfortsatze, dessen Hohlräume sich gegen das Mittelohr abschlossen, zu tiefgreifender Zerstörung führte. **Hinsberg** (Breslau).

26) **Bobbio.** Raro caso di ferita della fascia. (Aneurisma falso della carotide interna. Lezione del vago e dell' ipoglosso.)

(Giorn. de R. accad. di med. di Torino 1905. Nr. 1 u. 2.)

Messerstich in die linke Wange nach innen und unten. Mächtiges Hämatom bis zur Fossa supraclavicularis abwärts. Spontane Resorption, wonach eine pulsierende Geschwulst wächst, die Regio submaxillaris und parotidea bis an die Wirbelsäule hin einnehmend. Die Arteriae temporales pulsieren synchrom. Beginnendes Aneurysma spurium der Carotis interna. Ligatur der Carotis communis. Die Geschwulst heilt. Ferner bleibende Lähmung des linken Stimmbandes und des linken Hypoglossus. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

27) **F. Schlagenhaufer.** Ein Fall von Angioma racemosum der Art. alveolaris inferior.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXVIII. p. 446.)

Ein 26jähriger Pat. kam mit der Angabe in Behandlung, er blute seit einiger Zeit aus einem Zahne. Die Untersuchung ergab, daß der letzte linke Molarzahn des Unterkiefers kariös war, während der mittlere sich gelockert erwies. Das Zahnfleisch, entsprechend dem ersten Molarzahn, zeigte eine Vorwölbung, die Zahnfleischränder sämtlicher Zähne waren blutig tingiert. Bei einer leichten Berührung der Zähne entsteht plötzlich eine außerordentlich heftige Blutung — es schießt ein gänsefederdicker Blutstrahl über 1 m hoch empor. Auf Digitalkompression steht die Blutung eine Zeitlang, doch wird am folgenden Tage infolge erneuter starker Blutung die Unterbindung der Carotis externa notwendig. Auch letztere bringt die Blutung nicht zum Stehen; sie wird erst durch eine nach dem Vorgange von v. Mikulicz ausgeführte Abschnürung des Unterkiefers mittels zweier elastischer Ligaturen beherrscht. Der Kranke erliegt jedoch dem großen Blutverluste. Die ausführliche Beschreibung des anatomischen Verhaltens der Art. alveolaris inf., die sich, wie aus Injektionspräparaten hervorgeht, unmittelbar nach ihrem Eintritt in den Knochen zu einem Konvolut dickerer und dünnerer arterieller Ästchen sich aufknäuelt, muß im Originale nachgelesen werden.

Einen gleichartigen Fall von Aneurysmabildung konnte Verf. aus der Literatur nicht finden. In der v. Mikulicz'schen Mitteilung handelte es sich um ein Aneurysma racemosum der Art. maxill. externa. Auch hier hatte die Ligatur der Carotis communis nichts genutzt. **Doering** (Göttingen).

28) **F. Semon.** Soft fibrome of the larynx and neck, removed by external operation, without opening the cavity of the larynx.

(Brit. med. journ. 1905. Januar 7.)

S. beschreibt einen von ihm mit Erfolg operierten Fall von weichem Fibrom des Kehlkopfes und der Weichteile des Halses, das von der Pat. zuerst vor 16 Jahren als Schwellung in der linken Regio submaxillaris bemerkt wurde. Eine bald darauf vorgenommene Kehlkopfuntersuchung stellte auch im Kehlkopf eine Geschwulst fest. Sehr langsames Wachstum beider Teile der Geschwulst führte 3 Jahre später zur Tracheotomie. 10 Jahre nach Beginn der Symptome stellte S. eine bewegliche Geschwulst in der linken Regio submaxillaris und eine Geschwulst im Kehlkopfe selbst fest, die fast das ganze laryngoskopische Bild verdeckte. Pat. befand sich mit ihrer Trachealkanüle leidlich wohl und wünschte keinen Eingriff. Endlich zwangen neu auftretende Symptome, wie Tränenträufeln, Conjunctivitis, Speichelfluß, Hustenreiz bei Berührungen der äußeren Geschwulst, die einen Rückschluß

erlaubten auf Mitbeteiligung des Sympathicus. zur Operation. In genauer Anlehnung an einen fast gleichen Fall von Bruns, beschrieben im »Handbuch der praktischen Chirurgie«, entfernte S. die Geschwulst durch Schnitt von außen und fand dabei eine im ganzen gut pflaumengroße Neubildung, die mit einem dünnen Stiele zwischen Schildknorpel und Zungenbein sich in das Innere des Kehlkopfes hineinsenkte. Der intralaryngeale Teil der Geschwulst ließ sich stumpf auslösen ohne Verletzung der Schleimhaut. Die ihrer Stütze beraubte Schleimhaut selbst wurde mit Nähten fixiert, weil sie bei jeder Inspiration stark nach einwärts gezogen wurde. Die fast 13 Jahre lang getragene Kanüle wurde beseitigt. Glatte Heilung. Wohlbefinden bis jetzt. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein ödematöses Fibrom von durchaus gutartigem Charakter, dessen Ausgangsort nicht mehr zu bestimmen war. S. meint, die bestimmten Angaben der Pat. über periodische Zunahme und Abnahme im Umfange der äußeren Geschwulst ließen sich wohl erklären durch den verschiedenen Gehalt von Ödem. Einen einzigen ähnlichen Fall hat, wie erwähnt, v. Bruns beschrieben. **W. Weber** (Dresden).

29) **Arslau.** Traitement chirurgical des épithéliomes du larynx par la voie naturelle; deux nouveaux cas opérés avec succès.

(Ann. des malad. de l'oreille 1904. Nr. 2.)

A. hat vor 2 Jahren zwei Fälle von mikroskopisch sichergestellten Kehlkopfkarzinomen publiziert, die durch endolaryngeale Exstirpation der Geschwulst geheilt worden waren. Im Anschluß daran berichtet er nun über zwei neue, analoge Beobachtungen; beim einen Pat. sind seit der Operation 4 Jahre, beim anderen 20 Monate verflossen, ohne daß sich ein Rezidiv gezeigt hätte. Nach der Beschreibung handelte es sich um bereits ziemlich große Geschwülste. A. betont diesen Erfolg im Gegensatze zu Semon, der endolaryngeale Eingriffe bei Kehlkopfkrebs verwirft. **Hinsberg** (Breslau).

30) **Blecher.** Über künstliche Gebisse in der Speiseröhre und ihre Entfernung.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1905. Hft. 3.)

B. bespricht die chirurgische Behandlung verschluckter Gebisse und schildert einen einschlägigen von ihm operierten Fall. In dem letzteren saß das mit scharfen Haken an beiden Seiten versehene Gebiß 20 cm von der Zahnreihe unbeweglich in der Speiseröhre. Da Extraktionsversuche erfolglos waren, und Pat. bereits fieberte, wurde der Speiseröhrenschnitt ausgeführt, durch denselben eine Zange eingeführt und das Gebiß, da der Schnitt in der Speiseröhre zu klein war, durch die Zange in den Rachen geschoben. Sodann wurde es vom Munde aus mit dem Finger hervorgeholt. Abgesehen von einer vorübergehenden linksseitigen Rekurrenzlähmung verlief der Fall durchaus günstig. Der Mann wurde dienstfähig.

Herhold (Altona).

31) **Casper.** Ein neues Irrigationscystoskop.

(Monatsberichte für Urologie Bd. X. Hft. 3.)

Um ein Irrigationscystoskop zu haben, mit dem man während des Spülens cystoskopieren und das zugleich desinfiziert werden kann, hat C. ein Instrument konstruiert, bei dem sich der Irrigationskanal von dem übrigen Cystoskop abnehmen läßt. Die genauere Einrichtung muß aus den beigegebenen Abbildungen ersehen werden.

Der Irrigationskanal wird wie ein gewöhnliches Metallinstrument gekocht und mittels eines Schiebers an dem mit Seifenspiritus desinfizierten Instrument befestigt.

Das ganze bildet dann ein völlig rundes, glattwandiges Cystoskop von Durchmesser 23 Charrière. **Willi Hirt** (Breslau).

32) **Wallerstein.** Über die Fistula urethrae penis congenita vera.

Inaug.-Diss., Straßburg, 1904.

Unter wahrer angeborener Penisfistel versteht Verf. eine angeborene abnorme Öffnung (meist der Harnröhre) am Penis bei sonst ganz normal gebildeter Harnröhre, bei normal gebildetem Orif. ext., die sich an einem im übrigen normal gebauten Penis vorfindet.

Ein derartiger Fall bei einem $1^1/_2$jährigen Kinde wird aus der Straßburger chirurgischen Klinik beschrieben. Der Penis war von normaler Länge, 2 bis 3 cm lang.

An seiner unteren Seite, etwa in der Mitte, fand sich ein ovaler, $^3/_4$ cm langer, $^1/_3$ cm breiter Hautdefekt. Seinen Grund bildet normal gefärbte Schleimhaut; eine schmale, wenig tiefe Rinne durchzieht die Stelle in ihrer ganzen Länge. Am vorderen distalen Ende dieser Rinne ist eine etwa stecknadelkopfgroße Öffnung. Beim Sondieren gelangt man sowohl durch das Orif. ext. urethrae nach außen, als auch nach hinten in die Blase. Die Hauptmenge des Urins fließt aus der Fistel aus. Die Entstehung der Mißbildung erklärt Verf. durch eine intra-uterine Umschnürung des Penis durch einen Amnionstrang nach Analogie der Fistelbildungen, die im späteren Leben durch Umschnürungen mit Fäden, Haaren usw. entstehen.

Vor dem 6.—8. Lebensjahre soll die Mißbildung nicht operiert werden.

Willi Hirt (Breslau).

33) **Morelli.** Ematoma prevesicale.

(Nuova rivista clin. terapeut. 1905. Nr. 3 u. 4.)

Ein 30jähriger Mann fällt auf den Damm und mit dem Bauch gegen eine Mauer. Es bildet sich eine Geschwulst aus, die die Form der gefüllten Blase hat. Dabei schneller Puls. Spontaner Abgang klaren Urins. Katheterismus ergibt Blase leer; Verdacht auf falschen Weg widerlegt sich dadurch, daß man die Blase füllen kann, wonach sie sich im Strahl entleert und das Anschlagen der Wand an den Katheterschnabel fühlbar wird. Diagnose nunmehr prävesikales Hämatom. Beckenbruch ausgeschlossen. Die Differentialdiagnose mit Blasenruptur wird besprochen. Heilung erfolgt nach Bettruhe, Eisapplikation.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

34) **Leotta.** Le varici della vescica.

(Policlinico 1904. Ser. chir. Nr. 11.)

Nach der Lithotripsie eines 55jährigen Mannes, bei welcher es nicht mehr als gewöhnlich geblutet hatte, trat am Abend eine schwere Blasenblutung auf, die zur Cystotomie zwang. Oberhalb der linken Harnleitermündung fühlte man eine nußgroße Erhebung. Blasentamponade. Es gelang allmählich, die Blutung zum Stehen zu bringen. Pat. starb aber an einer Urininfiltration der perivesikalen Räume. Bei der Sektion fanden sich multiple, über die ganze Schleimhaut zerstreute Erweiterungen der Venen; auch die erwähnte Geschwulst war aus Varicen gebildet. Die Hohlräume sind mit Endothel ausgekleidet und besitzen reichlich elastische Fasern in der Wand, aber keine Muskulatur.

Eine Cystoskopie hatte vor der Operation nicht stattgefunden. In einem ähnlichen Falle ist stets dem Steinschnitte der Vorzug zu geben.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

35) **G. Fantino.** Contributo allo studio dei calcoli delle vie urinarie e biliari.

(Morgagni 1905. Nr. 2–4.)

Verf. hat bei 900 Operationen von Kindern unter 7 Jahren in 8% der Fälle Steine gefunden. Er weist auf das komplementäre Verhältnis der Gallensteine zu den Harnsteinen hin. Erstere sind in Bergamo selten. Bei 48% von Blasensteinoperierten lagen gemischte Oxalate und Urate vor, nur in 13% reine Phosphate, Oxalate oder Urate. Unter 52 Fällen von Cystitis Steinkranker lagen 22mal Oxalatsteine vor, was mit der rauhen Oberfläche der letzteren zusammenhängt. Die

Cystitiden mit einer Bakterienart, und namentlich diejenigen mit Bakterium coli, erwiesen sich dabei als die — ceteris paribus — gutartigsten. Unter den Operationsmethoden der Blasensteine sieht Verf. von den perinealen Eingriffen ganz ab, übt selbst nur die Sectio alta, während er nur für gewisse Fälle und bei großer Geschicklichkeit des Operateurs die Lithotrypsie gelten läßt, die er selbst nur 2mal ausgeführt hat. Bei 72 Epicystotomien hatte F. 3 Todesfälle (2mal an vorher bestehender schwerer Pyelonephritis, 1mal an einem vorher bestehenden schweren Darmkatarrh eines Kindes). Bemerkenswert sind die Erfolge der Blasennaht, welche F. stets auch bei infizierten Blasen vorgenommen hat. Nur in 3 Fällen unter 21 infizierten Blasen hielt die Naht nicht. Der Erfolg ist auf den Gebrauch eines Dauerkatheters und die Drainage des Cavum Retzii zurückzuführen. Nur in den schwersten Fällen von Cystitis wurde die Drainage der Blase ausgeführt. Die mittlere Heilungsdauer der genähten Fälle betrug 24 Tage, die der drainierten 52 Tage.

Verf. setzte Gallensteine und gleich dicke Stücke von Lebergewebe und Muskel gleichzeitig Röntgen-Strahlen aus und fand, daß die Steine dieselben mehr durchließen als die Gewebe, bis auf 6% Ausnahmen, bei denen zur Hauptsache Kalksalze vorlagen. Diese letzteren Steine gaben auch Schattenbilder, wenn sie in das Lebergewebe von Kindern und nicht zu fetter Erwachsener eingenäht wurden. Im Gegensatz zu den fast immer röntgographisch nachweisbaren Blasensteinen ist der Nachweis von Nierensteinen, namentlich rechts, schwierig und der von Gallensteinen nur in erweiterten Gallenblasen leicht. Die Schatten sind am stärksten bei Kalkoxalaten, geringer bei Erdphosphaten und am schwächsten bei Uraten und Tripelphosphaten. **Dreyer** (Köln).

36) **Adler.** Beitrag zur Kenntnis der primären Tumoren des Ureters.
(Monatsberichte für Urologie Bd. X. Hft. 3.)

Es handelt sich um ein Karzinom der Harnleiterschleimhaut, das teilweise papillär, teilweise nach dem Typus eines verhornenden Plattenepithelkrebses gebaut ist. Verf. erörtert die Frage, ob diese Verschiedenartigkeit des Baues durch Metaplasie des geschichteten Epithels zu Plattenepithel entstanden sei, oder ob es sich um zwei verschiedenartige Karzinome in demselben Organe handle, die nebeneinander entstanden seien und sich gegenseitig durchwuchert hätten. A. entscheidet sich für Metaplasie, 1) da die Schleimhaut des übrigen normal aussehenden Harnleiters sonst nirgends Plattenepithelbildung zeigte, und 2) da die Fähigkeit des geschichteten Epithels des uropoetischen Systems, auf länger wirkende Reize mit Metaplasie zu Plattenepithel zu reagieren, bekannt ist. Ferner ist der Fall dadurch interessant, daß sich eine ganz vereinzelte Metastase im Körper des 4. Lendenwirbels entwickelt hatte. **Willi Hirt** (Breslau).

37) **Biondi.** Osservazione di metaplasia dell' epitelio della pelvi renale.
(Atti della R. accad. in Siena 1904. Nr. 7.)

Der von B. vorgestellte merkwürdige Fall ist kurz folgender: Die 35jährige Pat. bot die Anzeichen einer rechtsseitigen Pyelonephritis calculosa. Nephrektomie. Heilung. Beim Durchschnitt der Niere fanden sich keine Steine; das Nierenbecken enthielt zahlreiche handschuhfingerförmige Verzweigungen, die sich bis zur Corticalis hin erstreckten und atherombreiähnliche Massen enthielten. Die Schleimhaut des Nierenbeckens hatte darunter auf große Strecken hin ein glattglänzend, weißes, epidermoides Aussehen erhalten. Es handelte sich also um eine Verhornung und Epidermisierung des Epithels infolge chronischer Entzündung.

A. Most (Breslau).

38) **W. A. Oppel.** Die subkutanen Verletzungen der Niere vom klinischen Gesichtspunkte.
(Russ. Archiv für Chirurgie 1905. [Russisch.])

Pat., 19 Jahre alt, empfing einen Hufschlag in die linke Lende, der ihn für eine Stunde bewußtlos machte. Er erwachte mit heftigen Schmerzen in der linken Seite und ließ blutigen Urin.

Die linke Lendengegend war sehr druckempfindlich, etwas vorgewölbt. Dämpfung bis zur vorderen Axillarlinie. Die Blase enthielt 150 ccm blutigen Urin konnte aber leicht gereinigt werden, so daß es gelang, cystoskopisch den Austritt von Blut aus dem linken Harnleiter festzustellen. Da der Bauch allmählich aufgetrieben wurde, der Puls auf 125 stieg und die Dämpfung sich der Mammillarlinie näherte, wurde — nach erfolgreichem Katheterismus (trüber, eitriger Urin des rechten Harnleiters — $27^1/_2$ Stunden nach dem Unfall am 14. Juli 1904 zur Operation geschritten:

Die Kapsel war durch ein Hämatom von der Niere abgehoben, die an ihrer Konvexität eine ca. $1^1/_2$ cm tiefe Rißwunde aufwies neben einigen kleinen Rissen nach dem Hilus hin. Die Höhle wurde tamponiert, die Bauchdeckenwunde verkleinert. Der Verlauf war zunächst glatt, die Fistel schloß sich am 31. August. Die Menge des etwas eitrigen Urins betrug bis 5000 ccm. Am 3. September wurde in der linken Harnleitermündung ein Eiterpfropf gesehen. Am 5. September wurde, da Pat. über Schmerzen klagte, mit Harnleiterkatheter links eine Menge Eiter entleert. Am 10. September brach die Narbe auf und entleerte reichlich eitrigen Harn; am 12. kam eine inkrustierte Ligatur zum Vorschein. Der weiterhin auftauchende Verdacht auf einen subphrenischen Abszeß erwies sich als ungerechtfertigt. Die Fistel schloß sich am 6. Oktober endgültig.

Es mußte also angenommen werden, daß schon zur Zeit des Traumas links eine Pyelitis bestand, und daß im Nierenbecken zurückgebliebene Blutgerinnsel eine »Exacerbation der schon vorhandenen Eiterung hervorriefen«. Um nun auch über den Zustand des rechten Nierenbeckens Gewißheit zu haben, wurde der rechte Harnleiter katheterisiert mit dem Resultate, daß auch hier eine Pyelitis aufgedeckt wurde. Um diese Eiterungen womöglich zu heilen, wurden im Laufe der nächsten 4 Wochen beide Nierenbecken (immer erst das rechte und dann das linke) je 5mal gespült mit Höllensteinlösungen, steigend von 1:5000 bis 1:1000. Das subjektive Resultat war befriedigend, insofern die Schmerzen ganz aufhörten: Dagegen verschwand weder das Eiweiß, noch das schleimig-eitrige Sediment.

Pat. wurde am 7. November entlassen.

O. tritt lebhaft für die Benutzung des Cystoskops in derartigen Fällen ein; einmal zur Sicherung der Diagnose (Verletzung der Blase?), dann um sich von dem Vorhandensein der zweiten Niere zu überzeugen.

V. E. Mertens (Breslau).

39) **Sexton.** The surgery of nephritis.

(Cincinnati Lancet-clinic 1904. Mai 28.)

Bericht über mehrere Fälle von chronischer Nephritis, welche mit Enthülsung behandelt wurden. In einem Falle, wo die Niere nach einem Jahre wiederum freigelegt wurde, ergab sich, daß sich zahlreiche ausgedehnte und sehr gefäßreiche Verwachsungen mit der Nierenoberfläche gebildet hatten.

Bei einer zweiten Pat., welcher wegen chronischer parenchymatöser Nephritis mit Übergang in Scrhumpfniere beide Nieren enthülst wurden, waren 11 Monate später alle Erscheinungen zurückgegangen und die meisten ganz geschwunden, während vor der Operation der Zustand, trotz strikter Diät, sich stetig verschlimmert hatte.

Mohr (Bielefeld).

40) **H. Küster.** Über Gliome der Nebennieren.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXX. p. 117.)

K. beschreibt zwei im Mark der Nebenniere entstandene bösartige Geschwülste, von denen die erste Metastasen in der Leber gebildet hatte. Für den mikroskopischen Bau dieser Geschwülste fand K. kein Analogon in der Literatur. Als charakteristische Merkmale werden angeführt der Reichtum an rundlichen, chromatinreichen Kernen, das Fehlen von Protoplasma, welches durch ein feines Filzwerk von Fäserchen ersetzt wird und die Neigung der Kerne zur Rosettenstellung. K. führt dann den Nachweis, daß diese Neubildung zu den in Frage kommenden zellreichen Geschwülsten — Karzinom und Sarkom — nicht gerechnet werden können,

daß sie aber gewisse Merkmale des Baues mit dem Gliagewebe bezw. den Geschwülsten der Neuroepithelzellen gemeinsam haben. Er glaubt sich hierdurch berechtigt, die beiden Geschwülste als den Gliomen nahestehende Neubildungen ansprechen zu dürfen.

Die genauere histologische Beschreibung ist im Original einzusehen.

Doering (Göttingen).

41) **Fiori.** Contributo alla conoscenza dei tumori retroperitoneali.

(Policlinico 1904. Ser. chir. Nr. 12.)

F. berichtet über zwei retroperitoneale Geschwülste aus der chirurgischen Klinik zu Modena.

1) 53jährige Frau. Leidet seit 3 Jahren an Leibschmerzen. Der Leib ist entsprechend einer Schwangerschaft von 7 Monaten aufgetrieben. Eine harte, z. T. höckrige Geschwulst nimmt die linke Bauchseite ein, das Kolon ist nach rechts verschoben; Laparotomie durch Prof. Ruggi. Nach Spaltung des Bauchfells wird die Geschwulst ausgeschält, wobei der linke Harnleiter auf dem größten Teile seines Verlaufes reseziert werden muß; die Geschwulst reicht nach unten bis ins kleine Becken, sitzt dicht an den Wirbeln an. Tod an Peritonitis. Mikroskopisch ergibt sich der Befund eines reinen Myoms. Gewicht 2,8 kg.

2) 37jährige Frau leidet seit 20 Jahren an Schmerzanfällen im Leib und einer schon damals konstatierten, seitdem langsam gewachsenen Geschwulst. Dieselbe, kopfgroß, noch verschieblich, nimmt vorwiegend die rechte Bauchseite ein. Das Colon ascendens liegt vor und rechts von ihr. Die Laparotomie ergibt eine Cyste mit milchkaffeefarbener Flüssigkeit. Tod an Peritonitis. Sektion ergibt, daß die Cyste vor dem 12. Dorsal- bis 3. Lumbalwirbel liegt und die Cava und Aorta nach links verschoben hat. Mesocolon transversum liegt an ihrer Vorderseite. Mikroskopisch ergibt sich eine Geschwulst von der Struktur einer Nebennierenstruma mit starker Neigung der alveolär angeordneten Zellen zu Erweichung, wodurch die Cyste entstanden war. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

42) **Brouardel.** Injection de cocaine dans une hydrocèle. Mort. Relation médico-legale.

(Ann. d'hygiène publique et de méd. légale 1905. Hft. 4.)

Chirurgisch interessiert folgendes:

Ein Postschaffner zog sich durch Sturz eine Hämatokele zu. Der Angeklagte wandte das von Tillaux empfohlene Verfahren an — Entleerung der Flüssigkeit durch Punktion —, Injektion einer 5%igen Kokainlösung, die sofort abgesogen wird, Injektion von Jodtinktur nach 24 Stunden. B. ließ die Flüssigkeit durch Punktion ab, injizierte etwa 40 g einer 5%igen Kokainlösung, die er 3—4 Minuten in der Höhle ließ und dann absog, und zwar seiner Ansicht nach vollkommen, da nach Herausziehen des Trokars Blut aus der Injektionsstelle sickerte. 1/4 Stunde nach der Injektion klagte Pat. über Angst und Schwäche und starb nach 1/2 Stunde unter Krämpfen. Die Sektion ergab Arteriosklerose und pleuritische Schwarten. Ich möchte hinzufügen, daß Tillaux im Jahre 1889 allerdings die 5%ige Lösung empfohlen hat, in einer erneuten Ausgabe seiner Chirurgie (1897) indes vor derartigen Dosen warnt. **Coste** (Straßburg i. E.).

43) **K. Hörmann.** Über Pseudoascites bei Ovarialtumoren und dessen klinische Bedeutung. (Aus der kgl. Univ.-Frauenklinik München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 12.)

In den mitgeteilten zwei Fällen bestand die im Bauche der betreffenden Frauen vorhandene massenhafte Flüssigkeit in der Hauptsache aus dem Sekrete der cystischen Ovarialgeschwulst, die an einer Stelle eingerissen war und seit längerem durch die vernarbte Perforationsöffnung ihren mucinösen Inhalt in die freie Bauchhöhle entleert hatte. Es handelte sich also im wesentlichen um einen Pseudoascites.

Kramer (Glogau).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.





